WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

MIESIĘCZNIK SIERPIEŃ/WRZESIEŃ

ROK IX 1938 NUMER 7/8

Prof. dr MATTHES i prof. dr CURSCHMANN: Podręcznik diagnostyki chorób wewnętrznych. VIII. 1937. Prof. dr KREIBICH: Encycl. ges. Heilkunde XII.

O LECZENIU SWĘDZENIA.

Uogólnione lub umiejscowione swędzenie jest nader częstym i dokuczliwym objawem, występującym samoczynnie lub w związku z rozmaitymi schorzeniami. Leczenie swędzenia należy do zadań bardzo trudnych, bowiem przyczyny wywołujące są niejednolite. Dręczące uczucie swędzenia nasila się zazwyczaj w nocy pod wpływem rozgrzania, oziębienia w chwili rozbierania się, ruchów lub przeciwnie spokoju, pobudek psychicznych, wreszcie pozornie bez żadnej przyczyny. Nasilając się stopniowo, może ono doprowadzić chorego do stanu, nie dającego się opanować nawet najwyższym wysiłkiem woli; chory, nie licząc się ze swym stanowiskiem społecznym ani z otoczeniem, drapie się aż do chwili, kiedy wyczerpanie fizyczne i swego rodzaju uczucie zadośćuczynienia łagodzi lub wręcz przerywa napad.

Etiologia swędzenia uogólnionego jest do chwili obecnej jeszcze mało wyjaśniona. Nowsze badania upatrują przyczynę swędzenia w zaburzeniach przemiany materii, których wyrazem jest przedostawanie się do krwioobiegu jadów i produktów gnilnych z jelit. Do tej kategorii należy zaliczyć swędzenie występujące w przebiegu cukrzycy, schorzeń nerkowych (zwyrodnienie lipoidalne), mocznicy, dny moczanowej, (zazwyczaj w chwili ustępowania napadów), białaczki prawdziwej i rzekomej, ziarniaka limfatycznego *Hodgkin'a* (lymphogranulomatosis maligna), gruźlicy, raka, wreszcie niektórych schorzeń zakaźnych, np. płonicy. Swędzenie jest ponadto częstym objawem w zakażeniu trychinami. W słabszym lub silniejszym stopniu może ono również występować w związku ze schorzeniami żołądkowo-jelitowymi, rakiem żołądka, w przebiegu ciężkich schorzeń narządów rodnych u kobiet, nowotworów macicy, torbielaków jajnikowych oraz w okresach depresji psychicznej. Swędzenie starcze jest najczęściej wynikiem schorzeń układu moczopłciowego, jak zwężenia cewki moczowej, przerostu gruczołu krokowego, przewlekłych stanów zapalnych pęcherza moczowego. Może ono również być skutkiem nadużywania narkotyków, w szczególności makowca i morfiny, oraz takich używek jak kawa, her-

bata, nikotyna, alkohol. Swędzenie może również pochodzić od spożywania znacznych ilości mięsa oraz przypraw korzennych. Niewyjaśnione pozostaje zagadnienie, czy istnieje typ swędzenia idiopatycznego na tle zmian chorobowych w zakończeniach nerwowych skóry. Dodać należy, że u niektórych chorych swędzenie występuje sezonowo, w określonych porach roku.

Swędzenie umiejscowione (pruritus localis) jest w wielu wypadkach objawem niezmiernie dokuczliwym i uporczywym, obejmującym ze szczególnym upodobaniem pewne odcinki skóry. W pierwszym rzędzie wskazać tu należy na swędzenie części płciowych, zwłaszcza u kobiet, w postaci t. zw. pruritus vulvae. Długotrwałe drapanie, pocieranie i inne urazy mechaniczne, doprowadzają do przebarwienia, spryszczenia, zliszajowacenia oraz nacieków w obrębie warg sromowych. Pośrednią przyczyną swędzenia sromu może być okres przekwitania. U kobiet czynnikiem drażniącym bezpośrednio skórę narządów płciowych może być nasycenie moczu amoniakalnymi zasadami lub cukrem. Swędzenie sromu spostrzega się również przy obrzękach zastoinowych w następstwie wad serca, ciąży itp. Swędzenie części płciowych u mężczyzn (cewka, moszna, okolica pachwin) obserwuje się rzadziej niż u kobiet.

Bardzo częstym zjawiskiem natomiast jest swędzenie odbytu. Występuje ono przeważnie w następstwie schorzeń skórnych tego odcinka lub też jako skutek zaburzeń w krążeniu w postaci żylaków odbytu, zaparcia nawykowego, chorób odbytnicy, pasożytów jelitowych itp. W wyjątkowych przypadkach swędzenie odbytu powstaje samoistnie.

W rozpoznaniu swędzenia samoistnego należy w pierwszym rzędzie wyłączyć obecność schorzenia skórnego. Okoliczność ta napotyka na duże trudności w przypadkach, w których na skutek długotrwałego drapania skóra ulega zmianom wtórnym, narzuconym. W swędzeniu uogólnionym części płciowych należy ponadto pamiętać o możliwości zakażenia pasożytami (wszy odzieżowe, łonowe, świerzbowcowe). Rokowanie w każdym przypadku swędzenia uogólnionego (z wyjątkiem spraw pasożytniczych) jest wątpliwe i trudne do przewidzenia.

Przechodząc obecnie do omówienia licznych metod leczenia swędzenia uogólnionego i umiejscowionego, wyliczamy je gwoli celowości według grup leków; podamy przy tym krótkie dane z piśmiennictwa tudzież podstawy teoretyczne stosowania środków leczniczych:

1) *Środki przeciwgorączkowe*, jak Aspirina, Antipyrina i Pyramidon przy swędzeniu odbytu (*Gang*, Wien. Med. Wschr. 1933 Nr. 44; *Unna;* Berl. klin. Wschr. 1916 Nr. 31; *Brocq*, La Medicine 1927 Nr 2) i swędzeniu starczym (*Langer*, Med. Welt 1930 Nr 6). Gardan — przy swędzeniu sromu (*Winkler*, Wien. Med. Wschr. 1929 Nr 25; *Neuweiler*, Schweiz. med. Wschr. 1930 Nr 44; *Kolde*, (Strahlenth. 1932 T. 44). Działanie środków przeciwgorączkowych polega prawdopodobnie an zmniejszeniu pobudliwości ośrodkowego układu nerwowego, częściowo zaś na przekrwieniu

obwodowym a co zatem idzie, osłabieniu zewnętrznych czynników drażniących.

2) *Arsen*, np. Solarson: *Schroedter* (Münch. med. Wschr. 1923 Nr 16) — wzmożenie przemiany materii skóry.

3) *Maście siarkowe*, np. Mitigal przy swędzeniu żółtaczkowym (*Schottmüller*, Münch. med. Wschr. 1827 Nr 20; *Coruzzi;* Pens. med. 1928 Nr 5; *Frank*, Dtsch. Med. Wschr. 1928 Nr 3), swędzeniu starczym (*Planner*, Wien. med. Wschr. 1922 Nr. 37. *Ritter*, Fortschr. Th. 1930 Nr 11) i swędzeniu sromu (*Knuthsen*, Lancet 1930).

4) Miejscowe środki znieczulające: ½%-owy rozczyn Novocainy względnie $^1/_5$%-owy Tutocainy drogą wyłączenia bodźców zewnętrznych (*Halban*, Zbl. Gyn. 1927). W swędzeniu oraz marskości sromu (Kraurosis vulvae) niekiedy osiąga się dobre wyniki drogą wstrzykiwania w skórę roztworów Novocainy (*Kriss*, Wien. Med. Wschr. 1933 Nr 49), względnie znieczulenia nerwu sromowego (*Künstner*, Th. Ggwt. 1935 Nr 9).

5) *Środki chłodzące:* Menthol względnie Coryfina (*Kirchner*, Münch. med. Wschr. 1933 Nr 35; *Fürth*, Wien. med. Wschr. 1919 Nr 51) *Schultze — Rhonhof* (Zbl. Gyn. 1937. Nr 11) poleca smarowanie sromu miodem pszczelnym. Wyniki są naogół dobre; mechanizm działania nieznany.

6) *Środki uspokajające:* Luminal, Luminal-Natrium, Evipan (*Gang*, Wien. med. Wschr. 1933. Nr 44; (*Knuthsen*, Lancet, 1930) drogą łagodzenia podrażnienia z ośrodkowego układu nerwowego; do tejże kategorii środków zaliczyć należy wapń i brom. Ostatni ponadto posiada niewątpliwy wpływ na przemianę materii skóry.

7) *Jonoterapia:* Wapń, magnez, potas (*Fulst* i *Fellner*, Münch med. Wschr. 1934). Zaliczyć tu prawdopodobnie wypada również Acidol-Pepsin — środek czynny w wielu schorzeniach skóry (*Langhans*, Zbl. Haut u. Geschlkrht. 1930, tom 32).

8) *Środki odczulające:* Torantil lub Campolon niweczą jady wywołujące swędzenie; to samo dotyczy peptonu Witta (*Lunge*, cit. Dtsch. med. Wschr. 1934, Nr 2). Również histamina posiada własności odczulające. W przypadkach swędzenia na tle zaburzeń przewodu pokarmowego korzystnie działają Festal (*Mirtl*, W. M. W. 1936, Nr 24) lub Omnadina (*Tietze*, Prakt. Arzt. 1931. Nr 1).

9) *Środki przyżegające i odkażające:* 2-5%-owa maść lapisowa, 2-5%-owe rozczyny błękitu metylenowego, 2%-owa maść kalomelowa, 5%-owa maść rtęciowa (*Gang*, Wien. med. Wschr. 1933, Nr 44) w swędzeniach na tle pryszczycy. Do środków przyżegających należy również zaliczyć alkohol, stosowany w zastrzykach doskórnych (*Weill*, Bull. Soc. Franc. Derm. 1934) oraz smoły pogazowe: 25%-owa maść tumenolowa (*Gang*, Wien Wschr. 1933, Nr 44).

10) *Promienie rentgenowskie:* w celu zniszczenia tkanek wrażliwych. Metoda ta daje wyniki bardzo niejednolite. Wg. *Wobkera* (Münch. med. Wschr. 1936, Nr 31) w swędzeniu sromu osiąga się korzystny wynik w 75% wypadków.

11) *Zabiegi operacyjne:* doszczętne wycięcie sromu (*Rust*, Münch. med. Wschr. 1936, Nr. 31).

12) *Witaminy:* B_1 (Betaxin) *Strüder*, Frankfurt n. M., Th. B. 1937, Nr 7/8.

13) *Hormony:*

a) wyciągi ze śledziony i mięśni, np. Lacarnol (*Gang*, Wien. med. Wschr. 1933, Nr 44) zwłaszcza w swędzeniu uogólnionym i starczym (*Abelsohn*, Dermat. Wschr. 1931, Nr 46).

b) *Insulina* (*Küstner*, Ther. Ggwt. 1935, Nr 9) w swędzeniu sromu, szczególnie na podłożu cukrzycowym.

c) *Prolan: Heuk*, Klin. Wschr. 1932, Nr 19.

d) *Testikulina* (Erugon): dobre wyniki w swędzeniu starczym u mężczyzn (*Leipner*, Dermat. Wschr. 1936, Nr 27) lub swędzeniu na tle przerostu gruczołu krokowego (Erugon-Preloban), *Henssge*, (Ther. Ggwt. 1937, Nr 3).

e) *Follikulina*, bardzo czynna w swędzeniu sromu. Pierwsze doniesienia o szybkim i korzystnym działaniu follikuliny ukazały się w Therapeutische Berichte 1929, Nr 12. *Gänssle* ze Stuttgartu podaje opis przypadku dotyczącego 52-letniej kobiety, u której udało się uzyskać całkowite wyleczenie przez podawanie w ciągu 8 dni po 100 jednostek mysich follikuliny doustnie. Od tej chwili ilość doniesień o korzystnych wynikach leczenia swędzenia hormonami zwiększa się z dnia na dzień.

Purge z kliniki ginekologicznej w Cluj (Clujul Med. 1933, Nr 10) osiągnął u 2 kobiet dobre wyniki lecznicze już po 300 jednostkach mysich.

Gostimirowic z Monachium (Klin. Wschr. 1933, Nr 12) stwierdził w swędzeniu sromu zwiększone wydzielanie w moczu hormonu przedniego płata przysadki; w tych przypadkach leczenie follikuliną dawało dobre wyniki, jakkolwiek zaburzeń nie udawało się całkowicie usunąć. Możliwe, że dawki początkowo stosowane przez tego badacza były zbyt małe. W okresie późniejszym zaczęto stosować długotrwałe leczenie dawkami znacznie większymi.

Schäfer z kliniki ginekologicznej w Berlinie (Dtsch. med. Wschr. 1935, Nr 38) zaleca, aby leczenie follikuliną wznawiać co 3 — 4 miesiące. Doustne podawanie tego hormonu jest bezskuteczne; należy wstrzykiwać conajmniej 1000 jedn. mysich i dojść do 50000 jedn. na dawkę jednorazową.

Buschbeck z kliniki ginekologicznej w Giessen (Dtsch. med. Wschr. 1935, Nr 49) rozpoczyna od 2000 jedn. mysich, podczas gdy *Schroeder* z Kilonii (ibid) podaje w ciągu 30—60 dni od 1000 do 2000 jednostek dziennie.

Kaufmann z Berlina (Zbl. Gyn. 1936, Nr 15) poleca również zastrzyki dużych dawek follikuliny w ciągu wielu miesięcy.

Rust z kliniki ginekologicznej w Berlinie (Münch. med. Wschr. 1936, Nr 31) doradza w ciężkich przypadkach swędzenia sromu zastrzyki oestradiolbenzoatu. Dawka ogólna winna wynosić do 50 mg co równa się 500 000 jednostek międzynarodowych (patrz *Rust*, Zbl. Gyn. 1937, Nr 1).

Meding z kliniki ginekologicznej w Dreznie (Münch. med. Wschr. 1936, Nr 48) uzyskał dobre wyniki lecznicze u kobiety z uporczywym swędzeniem sromu za pomocą doustnego i zaotrzewnowego stosowania pełnowartościowych przetworów jajnikowych. Niektórzy autorzy polecają w tych przypadkach leczenie miejscowe maściami zawierającymi follikulinę (Schweiz. Med. Wschr. 1935, Nr 49 i 1937, Nr 21).

Schokaert z Leodium (Brux. Méd. 1936, Nr 46 i Bull. Soc. Belge Gyn. Obst. 1936 tom 12) stosuje w zależności od nasilenia swędzenia sromu 1000—50000 jedn. mysich tygodniowo. Tenże autor donosi o 15 przypadkach swędzenia sromu (4 kobiety, którym usunięto operacyjnie jajniki, 11 — w okresie przekwitania), nie poddających się leczeniu miejscowemu; początkowo podawano doustnie 1000 jedn. mysich dziennie. Dawki te okazały się nie wystarczające. Skutecznie działały dopiero zastrzyki follikuliny w dawkach 1000 — 10000 jedn. mysich co 3 — 4 dni. Przy tego rodzaju postępowaniu wyleczenie nastąpiło już po 10 — 20 dniach. Aby zapobiec nawrotom autor radzi stosować w dalszym ciągu 50000 jedn. 1 lub 2 razy tygodniowo przez dłuższy okres czasu (5 — 6 tygodni).

W przeciwieństwie do *Rodecurta*, który uzyskiwał niepewne wyniki, *Rust* (Zbl. Gyn. 1937, Nr 1) osiągał doskonałe rezultaty, podając w ciągu 2 miesięcy w 3-dniowych odstępach po 10000 jednostek. W uporczywych przypadkach dawkę tę zwiększano 2—5 krotnie. Przy tym postępowaniu na 13 leczonych kobiet *Rust* w 12 przypadkach osiągnął całkowite wyleczenie. Nieco później *Rodecurt* potwierdził wartość tej metody (Ztrbl. Gyn. 1937, Nr 37).

Klaften w odmienny sposób stosuje follikulinę (Zbl. Gyn. 1937, str. 972; Brit. med. Journ. 1937, Nr 3990, Epitome 52); wciera on mianowicie duże dawki hormonu w wygoloną skórę sromu. W ten sposób udało mu się na 10 chorych uzyskać dobre wyniki w 6 przypadkach. W pozostałych przypadkach trzeba było zastosować również wstrzykiwania niezależnie od leczenia miejscowego. Leczenie wcieraniami i zastrzykami follikuliny dało w 26 na 38 przypadków zadawalające wyniki. *Klaften* zwraca uwagę, że zbyt duże dawki mogą wywołać objawy uboczne w postaci bólów głowy, nudności, bicia serca zarówno u chorych, jak i pielęgniarek, wcierających follikulinę nieosłoniętymi rękami. Zdarzały się również przypadki szczególnej wrażliwości, które reagowały na wcieranie ostrym obrzękiem i silnym podrażnieniem skóry twarzy, rąk, sromu i ud. *Klaften* doradza postępować w następujący sposób: przez pierwsze 6 dni codziennie wcierać po 4000—8000 jednostek. W ciągu następnych 5 tygodni zastrzykiwać follikulinę co 2 dni (począwszy od 30000 jedn. stopniowo zmniejszając dawkę do 10000) obok codziennego, później 1—2 ty-

godniowego wcierania po 4000 jednostek. Wreszcie w trzecim okresie leczenia wcieranie 50000 jedn. tygodniowo (5 mg follikuliny na 50 g zaróbki tłuszczowej) w ciągu 2 — 6 kolejnych tygodni.

Trzeba przyznać, że duża ilość i różnorodność wymienionych środków i metod leczniczych może zdezorientować leczącego, lecz przy bliższym poznaniu istotnej przyczyny swędzenia w każdym poszczególnym przypadku udaje się opanować je właściwym środkiem.

SPOSTRZEŻENIA O LECZENIU GORĄCZKI POŁOGOWEJ PRONTOSILEM

(Referat zbiorowy).

Od czasu wprowadzenia Prontosilu do lecznictwa (w roku 1935) w pismach lekarskich wszystkich krajów ukazało się około 400 doświadczalnych i klinicznych prac omawiających mechanizm działania, sposób stosowania oraz wskazania kliniczne tego preparatu. Cały szereg prac zajmuje się zagadnieniem stosowania Prontosilu w zapobieganiu i leczeniu gorączki połogowej.

PROFILAKTYKA GORĄCZKI POŁOGOWEJ.

Pomyślne wyniki zapobiegawczego stosowania Prontosilu w doświadczalnych zakażeniach paciorkowcowych (*Colebrook, Kenny* i inni, Lancet, 1936, str. 1279) nasunęły myśl zastosowania tego preparatu do zapobiegania gorączce połogowej. Postępowanie takie było całkowicie uzasadnione również z tego względu, że ogłoszono już wiele spostrzeżeń o dodatnim działaniu Prontosilu u położnic z niewyraźną gorączką po porodzie (*Fuge*, M. M. W. 1935, Nr 34 i inni). Pierwszą statystykę o ogólnym zapobiegawczym stosowaniu Prontosilu, opartą na wielkim materiale obserwacyjnym dotyczącym tysięcy kobiet, ogłosił lekarz włoski *Santoro* (Rinascenza medica Nr 3, 1937). 2104 kobiety rodzące otrzymywały przez 5 dni po 2 g Prontosilu w tabletkach dziennie; ani jedna z tych kobiet nie zmarła z powodu zakażenia. Te znakomite wyniki pozwalają się spodziewać, że profilaktyka za pomocą Prontosilu umożliwi zmniejszenie ilości przypadków śmierci związanych z zakażeniem połogowym. *M. Lacomme* omawia szczegółowo wyniki profilaktyki połogowej na podstawie spostrzeżeń uzyskanych w klinice Baudeloque'a (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1937, str. 495). Początkowo stosowano chlorowodan sulfamidochryzoidyny, od listopada zaś 1936 — karboksysulfamidochryzoidynę (sulfamidochryzoidyna odpowiada chemicznie Protonsilowi). *Lacomme* porównywa 3089 rozwiązań z roku 1936 z 26,042 porodami z lat 1926 — 1934. Okazuje się, że częstość dobrotliwych zakażeń z 213 pro mille obniżyła się do 132 pro mille. Za-

sługuje przy tym na uwagę niezwykłe spostrzeżenie, że odsetek zapaleń żył zwiększył się z 4‰ do 7,1‰. Częstość ciężkich zakażeń połogowych, które zakończyły się pomyślnie, zmniejszyła się z 8,9‰ do 1,94‰. Ani jedna chora nie zmarła z powodu gorączki połogowej, natomiast w okresie, gdy profilaktyki nie stosowano, zmarło 40 kobiet = 1,53‰. Statystyka wykazuje więc znaczne zmniejszenie częstości zachorowań i to zarówno zakażeń łagodnych jak i ciężkich. W roku 1936 spośród pacjentek, które zachorowały w klinice, nie zmarła ani jedna. Jeżeli nawet występowała gorączka połogowa, to przebieg jej był łagodny, a czas trwania choroby krótki. W 7 przypadkach gorączki połogowej przeciętny czas jej trwania wynosił 9 dni, a czas pobytu w szpitalu — 23 dni, podczas gdy w najpomyślniejszym roku 1928, przeciętna wynosiła 16 dni gorączkowania i 25 dni pobytu w szpitalu. W roku 1936, po wprowadzeniu leczenia zapobiegawczego, ilość przypadków gorączki połogowej zmniejszyła się wyraźnie i przebieg choroby był o wiele łagodniejszy niż w najpomyślniejszych latach poprzednich. *Colebrook* (Lancet, 1937, str. 286) zakażał myszy paciorkowcami chemolitycznymi, przy czym podawał im na 4—6 godzin przed zakażeniem zapobiegawcze dawki Prontosilu rubrum lub związków podobnej budowy. Większość zwierząt pozostawała przy życiu, podczas gdy wszystkie nieleczone zwierzęta kontrolne ginęły. Dawka dla myszy ważącej 20 g wynosiła 5 mg, co odpowiadałoby u ludzi ważących 60 kg, dawce 15 g. Dawka lecznicza jest tu jednak znacznie niższa. Wystarcza 3 razy dziennie po 1 g, a czasami nawet połowa tej dawki. Podczas 3 dni leczenia mała kropla (0,15 cm³) krwi matki mogła zabić wiele tysięcy złośliwych paciorkowców hemolitycznych, natomiast krew taka bez leczenia nie zabijała nawet 10 — 40 drobnoustrojów. *Colebrook* podaje następujące ograniczone wskazania do zapobiegawczego stosowania Protonsilu:

1) Przy porodach, przy których istnieje lub wchodzi w rachubę zakażenie paciorkowcami hemolitycznymi, postępowanie zapobiegawcze jest bezwzględnie wskazane.

2) Porody z operacjami (obroty, ręczne odłączanie łożyska itd.). Największe znaczenie ma tu jednak ścisła aseptyka i antyseptyka. Jeżeli po 6—12 godzinach preparat z wydzieliny pochwowej nie wykazuje obecności paciorkowców hemolitycznych, to Prontosil należy natychmiast odstawić.

3) Przy porodach prawidłowych stosowanie Prontosilu nie jest potrzebne.

Colebrook podaje następujące przykłady stosowania: W zakładzie położniczym 2 lub 3 położnice dostają w kilka dni po porodzie wysokiej gorączki. W związku z tym podaje się wszystkim pozostałym pacjentkom środek zapobiegawczy. Chore otrzymują go na kilka godzin przed spodziewanym porodem, następnie co 6 godzin aż do wydalenia łożyska i potem jeszcze przez 3 lub 4 dni 2 do 3 razy dziennie po 1 g. Zapobieganie takie okazuje się na ogół zupełnie wystarczające. Zdarzył się tylko jeden przypadek, w którym pomimo profilaktyki wystąpiło w 13. dniu po porodzie zakażenie paciorkowcami hemoli-

tycznymi. Jeżeli u położnicy stwierdza się miejscowe ognisko zakaźne, np. różę na nodze, złośliwą septyczną ranę, zapalenie migdałków itd., to preparat należy podać najpóźniej natychmiast po rozpoczęciu bólów i stosować go dłużej niż przez 4 dni. Postępowanie zapobiegawcze jest wskazane również przy możliwości zakażenia ze strony otoczenia pacjentki (wyciek z ucha u dzieci, płonica itd.). Tak samo i *Williams* jest zdania (Lancet, 1936, str. 872), że stosowanie zapobiegawcze jest wskazane w tych przypadkach, w których kobiety są narażone na niebezpieczeństwo zakażenia. Również *Dutta* donosi (Indian Med. Gaz. 1937, str. 17), że w profilaktyce gorączki połogowej stosowanie Prontosilu daje pomyślne wyniki.

LECZENIE.

Podobnie jak przy postępowaniu zapobiegawczym stosowanie Prontosilu daje pomyślne wyniki również w leczeniu już istniejącej gorączki połogowej. *Gibbert* z Londynu w pracy swej p. t. „Prontosil i związki podobne w leczeniu zakażeń połogowych" (Lancet, 1937, Nr 5947, str. 446) przytacza następujące dane: Śmiertelność z powodu gorączki połogowej wynosiła w latach 1934—35 20%. Od czasu wprowadzenia do użytku Prontosilu (20—60 cm^3 domięśniowo i 2—4 g doustnie dziennie) śmiertelność w latach 1936—37 wynosiła już tylko 4,5%. W 66% przypadków zakażenie ograniczało się już tylko do narządów płciowych (dawniej odsetek takich przypadków wynosił 47%). W przypadkach zakażenia septycznego istniejącego już w chwili przyjęcia do szpitala, śmiertelność wynosiła 40%, dzięki zaś stosowaniu Prontosilu obniżyła się do 20%. *L. Colebrook*, Queen Charlotte's Hosp. w Londynie podaje w swej rozprawie (Lancet, 1937, Nr 5958, str. 1075) podobne dane liczbowe, dotyczące zmniejszenia się śmiertelności od czasu stosowania Prontosilu. W okresie, gdy Prontosilu jeszcze nie stosowano, śmiertelność wynosiła 22,8% obecnie 5,5%; w przypadkach, w których wykryto we krwi paciorkowce hemolityczne, śmiertelność wynosiła dawniej 71%, obecnie 27,3%. Dawniej gorączka po porodzie trwała 1 lub 2 tygodnie, a czasami utrzymywała się nawet długie miesiące; w ostatnich latach, dzięki leczeniu Prontosilem, gorączka opada zwykle w ciągu 2—3 dni i przeważnie więcej już się nie podnosi. Zapalenie przymacicza, bardzo przykre powikłania zakażenia połogowego, obserwowano jedynie wyjątkowo rzadko. Prontosil album działa tylko w przypadkach zakażeń wywołanych przez paciorkowce hemolityczne. Szczegółowe dane podają *Colebrook* i jego współpracownicy w swej dalszej pracy ogłoszonej w r. 1937, w której omawiają wyniki stosowania Prontosilu album. *L. Colebrook*, *A. W. Purdie* oraz członkowie Honorary Staff of Queen Charlotte's Hospital w Londynie donoszą o leczeniu 106 przypadków gorączki połogowej sulfanilamidem (Lancet, 1937, Nr 5961, str. 1237 i Nr 5962, str. 1291). W 100 przypadkach przyczyną gorączki połogowej były paciorkowce hemolityczne, w 3 przypadkach paciorkowce beztlenowe i w 3 przypadkach gronkowce. Wszystkie chore leczono przeważ-



nie wyłącznie za pomocą doustnego podawania Prontosilu album. Ustępowanie objawów sprawy zakaźnej nie postępowało w tych przypadkach tak pomyślnie jak przy stosowaniu Prontosilu rubrum i Prontosilu solubile. Spadek krzywej gorączkowej był mniej zadowalający. Spośród 100 pacjentek zmarło 8%, podczas gdy przy leczeniu Prontosilem rubrum i Prontosilem solubile śmiertelność wynosiła tylko 4,7%. Spośród 8 przypadków śmierci jedynie 3 zależały bezpośrednio od zakażenia septycznego. W 29,3% przypadków leczonych Prontosilem album po początkowym spadku gorączki stwierdzano ponowne znaczne zwiększenie się ciepłoty trwającej szereg dni; u chorych leczonych Prontosilem rubrum i Prontosilem solubile (61 przypadków) odsetek nawrotów gorączki wynosił 24%, a u pacjentek, których Prontosilem jeszcze nie leczono (w roku 1935) — 37%. Ogólna śmiertelność wśród 200 kobiet dotkniętych gorączką połogową, z których 170 leczono Prontosilem lub związkami o podobnej budowie, wynosiła 5,5%; w latach 1931 — 1935, gdy Prontosilu jeszcze nie stosowano, przeciętna śmiertelność z powodu gorączki połogowej wynosiła 22,8%. Średni czas pobytu w szpitalu wynosił przy leczeniu Prontosilem 19,7 dnia, a w okresie przedprontosilowym 31,3 dnia. Leczenie Prontosilem wpływało bardzo pomyślnie również na przebieg powikłań powstających w związku z gorączką połogową.

Dr J. M. WIGGELENDAM, Roermond.

LECZENIE COLITIS ULCEROSA GRAVIS.

(Referat według Nederlandsch Tijdschr. v. Geneesk. 1937, tom 81).

Wrzodziejące zapalenie kiszek jest chorobą przeważnie bardzo ciężką i nadzwyczaj trudną do leczenia. Liczne dotychczas stosowane zabiegi terapeutyczne pozostawały najczęściej bez wyraźniejszego wpływu na przebieg choroby. Autor opisuje przypadek ciężkiego wrzodziejącego zapalenia kiszek, w którym po 4-letnim trwaniu choroby udało się sprawę pomyślnie przezwyciężyć za pomocą nowej, swoistej do pewnego stopnia metody leczniczej. Naszym najskuteczniejszym środkiem dla leczenia wrzodziejącego zapalenia kiszek jest obecnie niewątpliwie Torantil, przeciwalergiczny i antytoksyczny preparat wytwarzany z błony śluzowej kiszek. Colitis ulcerosa jest schorzeniem o cechach alergozy i dla tego Torantil, posiadający własności unieszkodliwiania histaminy, może wpływać tak pomyślnie na to ciężkie cierpienie.

Chora A., lat 30, urzędniczka, przybyła do szpitala w październiku 1932. Rozpoznanie: Colitis ulcerosa. W szpitalu w Roermond przez dwa lata usiłowano wszelkimi możliwymi sposobami poprawić stan chorej, jednakże wszystkie zabiegi lecznicze, nie wyłączając przetaczania krwi i operacji, pozostawały bez wpływu na przebieg choroby. W lutym 1935 pacjentkę przewieziono do

kliniki państwowej w Utrechcie, gdzie ją leczono jeszcze przez 6 miesięcy. *Dr. Hulst* podał następujące szczegóły z historii choroby pacjentki podczas jej pobytu w Utrechcie:

Gorączka wieczorem dochodzi do 38°, tętno przyspieszone, stan odżywiania zły. Wypróżnienia 12 do 15 razy dziennie. Rektoskopia: bardzo liczne krwawiące owrzodzenia. Odpowiednia dieta oraz Yatern w pigułkach i lewatywach złagodziły nieco dolegliwości chorej. Stan pacjentki zaczął się powoli poprawiać, waga zwiększała się. Częstość wypróżnień nie zmniejszyła się jednak. Szczepionka wykonana z własnych laseczników kiszkowych pacjentki nic nie pomogła.

Po przetoczeniu krwi wyraźna poprawa, częstość wypróżnień znacznie mniejsza, 2 — 4 razy dziennie. Waga podniosła się do 57 kg. Pomimo tej poprawy również i ponowna transfuzja krwi nie doprowadziła do wyleczenia i zaburzenia kiszkowe w mniejszym lub większym stopniu utrzymywały się nadal. Ze względu na bezskuteczność wszystkich zabiegów leczniczych rokowanie w tym wyjątkowo ciężkim i uporczywym przypadku należało uznać za złe. W końcu sierpnia chorą wypisano z kliniki. Dalsze leczenie w domu miało polegać na przestrzeganiu diety lekkostrawnej i stosowaniu środków ściągających. Pomimo to chora znowu zaczęła obficie krwawić. Napady bolów występowały bardzo często, ilość wypróżnień dochodziła do 30 na dobę. Stolce stale zawierały domieszkę krwawych kłaczków śluzowych. Po takich okresach gwałtownego pogorszenia występowały krótkotrwałe okresy względnego spokoju, podczas których dolegliwości pacjentki znacznie się zmniejszały. Również arsen i jod zawiodły zupełnie. Wreszcie autor dowiedział się o istnieniu Torantilu i natychmiast zastosował go. Chora otrzymywała 4 razy dziennie po 1 drażetce, i co drugi dzień domięśniowe wstrzyknięcie.

Wynik leczenia okazał się wprost znakomity. Już po kilku dniach dokuczliwe parcie zmniejszyło się znacznie, domieszka krwi w kłaczkach śluzowych była bardzo niewielka. Po trzech tygodniach wszystkie objawy chorobowe ustąpiły prawie bez śladu. Chora nie odczuwa żadnych bolów, stolce sformowane, wypróżnienia 1—2 razy dziennie, obecności śluzu nie stwierdza się, kał krwi nie zawiera. Dla zabezpieczenia się przed nawrotem chora ma nadal jeszcze przez kilka miesięcy przyjmować 3 razy dziennie po 1 drażetce Torantilu.

Badanie kontrolne dokonane po 3 miesiącach wykazało, że wyleczenie utrzymuje się bez zmiany. Pacjentka czuje się dobrze, nie doznaje żadnych dolegliwości. Wypróżnienie regularne, 1 do 2 razy dziennie, stolec sformowany. Jednak daje się po nim zauważyć, że okrężnica uległa w toku długotrwałej choroby poważnym zmianom organicznym i przedstawia cienką, sztywną rurę. Odczyn benzydynowy całkowicie ujemny. Waga zwiększyła się do 65 kg. Wobec tego, że choroba trwała już przeszło 4 lata, autor uważa za konieczne podawać jeszcze przez dłuższy czas 3 razy dziennie po 1 drażetce Torantilu, i na-

stępnie dopiero dawkę stopniowo zmniejszać. Ostrożność jest zawsze wskazana. Powyższe spostrzeżenie nie jest bynajmnie odosobnione. W piśmiennictwie niemieckim ogłoszono w r. 1936 wiele podobnych przypadków, leczonych Torantilem z doskonałymi wynikami. W niedawno wydanym podręczniku leczenia dietetycznego *De Bruine Ploos van Amsel* wyraża się również bardzo pochlebnie o leczeniu krwotocznego zapalenia kiszek grubych za pomocą Torantilu.

Prof. dr *E. Becher* z Kliniki Chorób Wewnętrznych w Frankfurcie nad Menem (Klin. Wschr. 1937, Nr 5) zalicza do jadów kiszkowych, które mogą wywołać samozatrucie, następujące związki: skatol, indol, krezol, fenol, H_2S, merkaptan metylowy, koproporfirynę, produkty rozszczepienia białka, kwasy tłuszczowe, aminy alifatyczne i aromatyczne i amoniak pochodzący z białka. Większość tych jadów powstaje w kiszkach, jednakże tyramina i histamina mogą się wytwarzać również w tkankach. Niektóre jady ulegają odtruwaniu w kiszkach, jak fenol i H_2SO_3, które przetwarzają się w nieszkodliwy siarkowy ester fenolowy. Jadowita histamina zostaje unieszkodliwiona pod wpływem zaczynu kiszkowego (histaminozy); również fenol traci już w kiszkach swe własności trujące, natomiast indol przestaje być szkodliwy dopiero w wątrobie a zwłaszcza w płucach; w obu tych narządach zobojętnia się również skatol. H_2S odtruwa się we krwi przez utlenianie. Przy marskości wątroby amoniak nie odtruwa się i dlatego znajdujemy go we krwi w zwiększonej ilości. Tarczyca, nadnercza i witamina B pobudzają odtruwanie w kiszkach. Niedobór witaminy B sprawia, że wchłania się więcej jadów i to zwłaszcza takich, które wywołują reumatyzm stawowy; w tych warunkach podawanie witaminy B może ułatwić leczenie zaburzeń stawowych wywołanych niedoborem tej witaminy. Również brak lub niedostateczna ilość witaminy C zakłuca odtruwanie. Do typowych chorób, które mogą powstawać wskutek samozatrucia, zalicza *Becher* niedrożność kiszek, mocznicę, marskość wątroby, przewlekłe zapalenia stawów, niedokrewność złośliwą, czerwonkę, zaparcie, naczynioruchowy nieżyt nosa, zapalenie wielonerwowe, zaburzenia psychiczne, schorzenia alergiczne i t. d. Dla leczenia zatruć wywołanych jadami kiszkowymi zaleca *Becher* dietę mleczno-roślinną, żelatynę (gdyż nie zawiera ona aromatycznych związków aminowych) + mleko + orzechy, węgiel zwierzęcy, potrawy sprzyjające powstawaniu kwasów jak jogurt; stosowanie określonych szczepów laseczników okrężnicy, które mogą wpłynąć pomyślnie na florę kiszkową; kuracje głodowe; środki odkażające jak trójkrezol, następnie witaminy, preparaty ze ściany kiszek (Torantil), preparaty wątrobowe jak Campolon, preparaty płuc, wapń oraz insulinę z glukozą.

Dr ST. MOLNAR. I Klinika chorób wewn. Uniw. w Budapeszcie.

LECZENIE SCHORZEŃ NERWOWYCH WITAMINĄ B_1.

(Referat według Kl. Wo. 1937, Nr. 29; Orv. Hetilap 1937, Nr. 14).

Autor zdaje sprawę z wyników leczenia Betaxiną (witaminą B_1) szeregu schorzeń nerwowych, w których dotychczasowe sposoby leczenia przeważnie zawodziły zupełnie lub dawały rezultaty niedostateczne. Betaxina okazała się środkiem znacznie skuteczniejszym od innych i sprowadziła wyleczenie lub znaczną poprawę w 10 następujących przypadkach:

1. Zapalenie wielonerwowe (zakaźne) u 46-letniej kobiety.
2. Zapalenie wielonerwowe po durze brzusznym u 44-letniej pacjentki.
3. Zapalenie nerwu pośrodkowego u 28-letniego pacjenta.
4. Zapalenie nerwu udowego u 67-letniego mężczyzny.
5. Zapalenie nerwu pachowego i nerwu skórnego bocznego i średniego u 37-letniego pacjenta.
6. Półpasiec u 56-letniego mężczyzny, który od 1½ roku cierpi na białaczkę limfatyczną. Po 4 wstrzyknięciach wszystkie dolegliwości (swędząca, bardzo bolesna wysypka krostkowata, zwiększenie wrażliwości powierzchownej) ustąpiły.
7. Zapalenie korzonków rdzeniowych u 52-letniego mężczyzny.
8. Sclerosis lateralis amyotrophica u 48-letniej pacjentki. Spastyczny niedowład obu kończyn dolnych, obustronny stopotrząs, po stronie lewej objaw Babińskiego słabo dodatni, znaczne osłabienie siły mięśniowej, maskowaty wyraz twarzy, zwiększone napięcie mięśni twarzowych, chrypka, dolegliwości połykowe, skurcz palców. Już po 2 pierwszych wstrzyknięciach Betaxiny poprawa zdolności ruchowych, zwiększenie siły mięśniowej oraz poprawa stanu ogólnego.
9. Myeloza powrózkowa u 55-letniego pacjenta. Chory otrzymał ogółem w ciągu miesiąca 30 cm^3 Campolonu. Pod wpływem tej terapii wątrobowej nastąpił przełom retikulocytów i ilość krwinek czerwonych zwiększyła się z 2.820.000 do 3.300.000. Po zastosowaniu żelaza minimalne zwiększenie się siły mięśniowej kończyn. Po 3 zastrzykach Betaxiny chory może już unieść wyprostowane nogi o 70 — 80^0 powyżej poziomu. Po miesiącu leczenia Betaxiną pacjent chodzi już bez laski. Napięcie mięśni kończyn dolnych prawidłowe, ataksja zaledwie bardzo słabo zaznaczona. Po stronie prawej dodatni odruch Babińskiego. Krwinki czerwone 4.180.000, hemoglobina 69½, wskaźnik barwny 0,84.
10. Nerwoból nerwu trójdzielnego u 51-letniej pacjentki. Wszelkie poprzednio stosowane środki lecznicze i nawet preparaty morfinowe nie były w stanie uśmierzyć dotkliwych bólów. Po zastosowaniu wstrzykiwań Betaxiny znaczna ulga, chora doznaje już tylko wrażenia lekkiego kłucia i mrowienia w prawej połowie twarzy. Po 16 dniach pacjentka opuszcza klinikę bez żadnych dolegliwości. Po zaprzestaniu wstrzykiwań wystąpił wprawdzie po pewnym czasie nawrót bólów lecz w znacznie łagodniejszej postaci.

Następnie autor leczył Betaxiną jeszcze chorych z myelozą powrózkową, zapaleniem mózgu, rozsianym stwardnieniem rdzenia i neuralgią nerwu trójdzielnego (po jednym przypadku). Stan chorego cierpiącego na ciężkie rozsiane stwardnienie rdzenia, pomijając zmniejszenie się dokuczliwego napięcia mięśni, nie wykazał żadnych wyraźnych zmian. W pozostałych przypadkach wpływ wstrzykiwań Betaxiny był pomyślny. Wreszcie jeszcze 2 chorych, u których leczenie wątrobą nie doprowadziło do ustąpienia objawów myelozy powrózkowej, poprawiło się znacznie po zastrzykach Betaxiny. We wszystkich przypadkach leczonych Betaxiną pomyślny efekt leczniczy występował już po stosunkowo krótkim czasie.

Dr TH. HABERKAMP, Flensburg — Mürwik.

ZABURZENIA PO RANIE POSTRZAŁOWEJ GŁOWY.

(Referat według Psychiatr. Neurolog. Wschr. 1937, Nr. 24).

Autor leczył z powodzeniem szereg przypadków rwy kulszowej i nerwobólu nerwu trójdzielnego za pomocą witaminy B_1 (Betaxiny). Dolegliwości ustępowały przeważnie bardzo szybko. Na szczególną uwagę zasługuje wynik stosowania Betaxiny u chorego, u którego ze względu na długotrwały i uporczywy przebieg choroby poprawa wydawała się mało prawdopodobna.

Latem 1936 zgłosił się do kliniki chory skarżący się na bóle i osłabienie lewej nogi. Przed 20 laty (w sierpniu 1916) chory został na wojnie raniony w głowę odłamkiem granatu. W związku z tą raną wystąpiły wówczas porażenia lewej nogi. Chory leżał prawie rok w szpitalu, był operowany; leczono go elektryzacjami i masażami. Obecnie, po przebyciu lekkiej grypy, dolegliwości w nodze znowu znacznie się pogorszyły. Pacjent skarży się na uczucie ciężaru, noga jest osłabiona, jakby martwa. Często występują przykre parestezje. Poprzednio chory miał również „napady"; ostatni przed 1½ laty (epilepsja urazowa). Napady te zależały prawdopodobnie od obecności blizny w prawym zwoju centralnym, podczas gdy resztki pocisku leżą spokojnie w okolicy prawej kości skalistej i nie wywołują żadnych zaburzeń. Lewa noga jest o 15 mm cieńsza. Jako pozostałości po porażeniu stwierdza się, że odruchy kolanowe są po stronie lewej silniejsze niż po stronie prawej.

Zastosowano zastrzyki Betaxiny w lewe udo. Początkowo witaminę wstrzykiwano codziennie, później co drugi dzień. Ogółem chory otrzymał 17 zastrzyków. Rwące i kurczowe bóle w lewej nodze ustąpiły już po kilku dniach. Po pewnym czasie chory stwierdza, że czuje się tak dobrze, jak nigdy od czasu zranienia, noga nie dokucza mu wcale. Późniejsze badania kontrolne wykazały, że poprawa była trwała. Chory może spokojnie spać, gdyż bóle nogi już go nie budzą. Pacjent odzyskał również całkowitą zdolność do pracy.

Według *Haberkampa* punkt uchwytu Betaxiny znajduje się nie w nerwach obwodowych, lecz w mózgu, w miejscu powstawania bodźców.

Prof. Dr R. FETSCHER, Drezno.

LECZENIE ZAPALEŃ NERWÓW I NERWOBÓLÓW.

(Referat według Fortschr. Ther. 1936, Nr. 10).

Nawet ciężkie przypadki zapaleń nerwów i nerwobóle reagują w stosunkowo krótkim czasie na pomyślne działanie lecznicze Betaxiny (witaminy B_1). Wszyscy chorzy znosili Betaxinę dobrze; wstrzykiwania nie wywoływały żadnych dolegliwości, jedynie 2 chorzy odczuwali bezpośrednio po wstrzyknięciu lekkie palenie. Poza przemijającym ogniskowym zwiększeniem się bólu, wstrzykiwania Betaxiny żadnych niepożądanych objawów ubocznych nie wywoływały. Jako przykłady leczniczego działania Betaxiny, autor przytacza w streszczeniu 7 następujących historii chorób:

1. Chory lat 54, zachorował już po raz drugi na rwę kulszową. Z powodu silnych bólów nie może opuszczać łóżka. W ciągu 3 kolejnych dni wstrzykiwano dopośladkowo po 1 ampułce Betaxiny, następnie wstrzykiwania stosowano co 2. dzień. Ogółem dokonano 9 wstrzyki-

wań. Już wieczorem po pierwszym wstrzyknięciu pacjent opuścił łóżko, po 3. ampułce bóle ustąpiły zupełnie, a po 6. ampułce chory mógł już chodzić bez żadnych dolegliwości.

2. 32-letnia kobieta cierpi na łagodną rwę kulszową. Bóle ustąpiły już po 2. wstrzyknięciu. 6 zastrzyków wystarczyło do zupełnego wyleczenia.

3. Skrzypek dotknięty zawodowym zapaleniem nerwu. Od kilku miesięcy cierpi na bóle w 4. i 5. palcu lewej ręki; jednocześnie odczuwa parastezje, które dokładnie odpowiadają przebiegowi nerwu. Bóle ustąpiły po 1. wstrzyknięciu, mrowienie — po drugim. Całkowita początkowa wydolność powróciła po 12 zastrzykach Betaxiny.

4. 28-letnia pianistka cierpi na uporczywe lewostronne zapalenie nerwu po stronie zginaczy przedramienia. W 2 — 3 godziny po wstrzyknięciu Betaxiny doznawała przemijającego wzmożenia się bólów. Wyraźna poprawa nastąpiła dopiero po 9. ampułce, zupełne wyleczenie — po 15 wstrzyknięciach.

5. Muzyk cierpi na zapalenie prawego nerwu łokciowego, które wystąpiło po bardzo wytężonej pracy. Wyleczenie już po 3 wstrzyknięciach.

6. Chora lat 71. Porażenie prawostronne po udarze mózgowym. Z biegiem czasu chora znowu nauczyła się stać, korzystając z niewielkiego oparcia. Stopniowo wzmagające się bóle neuralgiczne w ręku i nodze. Odzyskana już niewielka władza znowu się cofa. Po 3 ampułkach Betaxiny bóle ustąpiły zupełnie, po 6 ampułkach chora może znowu stać. Po 12 zastrzykach porażenia, trwające już od 10 miesięcy zaczęły prędzej ustępować. Po 15 ampułkach chora mogła już samodzielnie przejść kilka kroków.

7. Chora lat 34. Ostre zapalenie wielonerwowe z nadzwyczajną bolesnością prawie wszystkich pni nerwowych. Jednocześnie stwierdza się zaburzenia wydzielania wewnętrznego a mianowicie niedomogę jajników i nadczynność tarczycy. Również i w tym przypadku już po 3. ampułce nastąpiła znaczna poprawa, a po 10. zupełne ustąpienie bólów.

UDAR SŁONECZNY I PORAŻENIA Z GORĄCA.

(ZASTÓJ CIEPŁA).

Prof. dr v. BERGMAN (Referat według Lehrbuch der inneren Medizin 1936).

Dr E. FLUSSER, Budweis. (Mtsch. Kindhlkd. 1936, tom 67) i in.

Nadmiernie wysoka ciepłota krwi działa bardzo szkodliwie na ośrodkowy układ nerwowy. W okresie wstępnym wyrównawcze urządzenia ustroju walczą jeszcze z przegrzaniem, chory wówczas zwykle odczuwa przykre dolegliwości podmiotowe. Następnie występują gwałtownie poważniejsze zaburzenia chorobowe, które szybko doprowadzają do utraty przytomności. Przegrzanie zależy albo od promieniującego ciepła słonecznego (udar słoneczny) albo od zmniejszonego promieniowania ciepła z powierzchni ciała przy znacznym wytwarzaniu ciepła przez pracujące mięśnie (porażenie z gorąca). W zimnym, suchym powietrzu udar słoneczny się nie zdarza. Przy powstawaniu zaburzeń współdziała zawsze zastój ciepła. Gorące, wilgotne powietrze okolic podzwrotnikowych sprzyja zastojowi ciepła. Również nasiąknięte potem wilgotne powietrze, wytwarzające się pod zbyt ciężkim ubraniem zwłaszcza ludzi maszerujących w ścisłej kolumnie pogarsza oddawanie ciepła. Objawy porażenia z gorąca mogą wystąpić również w zbyt gorącej kąpieli. Zastojowi ciepła przeciwdziała w warunkach prawidłowych jego regulacja. Wydolność fizycznej regulacji ciepła jest indywidualnie zmienna. Głód, utrata krwi, choroby wyniszczające, alko-

hol, gorączka, zmniejszają sprawność regulacji ciepła. Pocenie się jest najsilniejszym środkiem oddawania ciepła. W związku z tym zastój ciepła jest szczególnie niebezpieczny dla ludzi, którzy nie mogą się pocić. Przy najwyższych stopniach „hiperpyreksji“ (przemiana), które obserwowano (do 46°), musiały oprócz zastoju ciepła odgrywać pewną rolę i zaburzenia regulacji ośrodkowej. Według *Flussera* chore niemowlęta reagują bardzo łatwo różnymi objawami przegrzania, podczas gdy nadmierne ogrzewanie niemowląt zdrowych gorączki nie wywołuje. *Hedinger* (Verhd. d. path. Ges. 1912) stwierdził u człowieka zmarłego na porażenie z gorąca niezwykle małe nadnercza i wyraża na tej podstawie przypuszczenie, że niedomoga nadnerczy (substancji rdzeniowej?) czyni człowieka szczególnie wrażliwym na gorąco. Na znaczenie układu adrenalinowego zwraca uwagę również *Cramer* (cit. Hill, Brit. Med. Il. 1920, Nr 3090). Według spostrzeżeń angielskich lekarzy wojskowych żołnierz w Mezopotamii dla zabezpieczenia się przed porażeniem z gorąca musi mieć do dyspozycji co najmniej 9 — 13,5 litra wody na dobę.

Zachwianie się prawidłowej regulacji ciepła objawia się początkowo chwiejnością temperatury, która co kwadrans może się zmieniać o 1°. Chorzy skarżą się na ból głowy, uderzenia krwi do głowy, mdłości, uczucie wyczerpania, ciężar w nogach, barwne widzenie, mroczki wzrokowe, zaburzenia słuchu. Wszystkie te objawy mogą same ustąpić. Objawy porażenia lub podrażnienia układu nerwowego ujawniają się nagle w chwili, gdy ciepłota ciała osiągnęła lub już przekroczyła swój punkt szczytowy. Gorączka dochodzi do 39—40° *(Grober)*, w krajach zwrotnikowych nawet do 47°. Połowa przypadków, w których ciepłota przewyższa 41,5° kończy się śmiertelnie. Znane są jednak przypadki, które skończyły się pomyślnie, pomimo że gorączka osiągnęła 43,5°. Oddech na szczycie choroby zachowuje się zmiennie i nieprawidłowo. Częstość oddechów, wynosząca 70 na minutę, może przejść w zwolnienie. Zdarzają się przerwy oddechowe, rzadziej oddech *Cheyne-Stokesa.* Chorzy nie rzadko wymiotują i dostają biegunki. Badanie krwi może wykazać hiperglikemię (*Macco*, Arch. Sci. Biol. 1934, tom 20). Zaburzenia świadomości mogą przebiegać pod postacią utraty przytomności, stanów zamroczenia i obłędu. Jedynie wyjątkowo obserwowano po bezpośredniej insolacji (napromienianie słoneczne) występowanie dłuższej gorączki bez zaburzeń przytomności. *Van der Kooi* obserwował krwawienie do ciała szklistego (Ned. Tid. v. Geneesk. 1924 Nr 15).

Przemijające zemdlenie podczas uciążliwego marszu lub wielkiego upału przedstawia najlżejszą postać zastoju ciepła. W przypadkach przebiegających z objawami obłędu, ruchami lękowymi, omamami i halucynacjami oraz w niektórych przypadkach „cichego“ obłędu rokowanie jest przeważnie złe. Równie poważnie należy oceniać przypadki porażenia z gorąca przebiegające z drgawkami podobnymi do napadów epileptycznych. Obserwowano przy tym również ruchy o cechach tików lub histeryczne rzucanie się.

Talbott (Medicine, 1935, tom 14) odgranicza od porażenia z gorąca drgawki występujące w wysokiej temperaturze u górników i robotników na plantacjach;

w stanach tych przyczyną drgawek jest znaczna utrata soli kuchennej, wobec czego najskuteczniejszym zabiegiem leczniczym są tu dożylne wstrzykiwania NaCl. *Reid* podaje (Boston med. and surg. journ., 1912. tom 167), że w 10-11% przypadków porażenie z gorąca wywołuje zapalenie płuc. *Segerdahl* opisuje (Act. med. scand., 1934, tom 83), że zahamowanie wydzielania potu przez atropinę przy wysokiej temperaturze powietrza (37,7°) może się nawet skończyć śmiertelnie. Na krótko przed zgonem gorączka podniosła się do 42,4°. Również w badaniach doświadczalnych (*di Grazia*, Arch. di Sci. biol., 1934, tom 20) vagotomia skraca życie przy hipertermii. Jako skutek porażenia z gorąca obserwowano również prawdziwe zapalenie opon mózgowych ze zwiększeniem się ilości ciałek białych w płynie mózgowo-rdzeniowym. Według *Flecka* i *Hückla* (D. Z. Nerv., 1931, tom 117 — 119) ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego może wynosić nawet 280 mm wody; chory ten zmarł w 10 dni po przywiezieniu do szpitala, z powodu zaburzeń oddechowych typu *Cheyne-Stokesa*. Objawy takiego surowiczego zapalenia opon mózgowych ustępują przeważnie bez żadnych poważniejszych skutków, znane są jednak przypadki, w których w związku z przebytym zapaleniem doszło do wytworzenia się zrostów oponowych; w dalszym przebiegu zrosty te mogą wywoływać bóle głowy, napady padaczkowe i objawy trudne czasem do odróżnienia od guza mózgu.

Dla ochrony przed udarem słonecznym lub porażeniem z gorąca (dokładne kliniczne odróżnienie tych zaburzeń nie zawsze jest możliwe) należy unikać alkoholu, odpowiednio się ubierać i w miarę możności chronić się przed działaniem słońca; ponadto jako środki zapobiegawcze wskazane jest stopniowe dostosowywanie się, odpowiedni trening i zarządzanie przerw w marszu. Ludzi wrażliwych na działanie gorąca nie należy przeznaczać do pracy fizycznej podczas wysokiej ciepłoty zewnętrznej.

Leczenie. Przez rozpięcie ubrania i chłodne otoczenie staramy się ułatwić oddawanie ciepła, zwilżamy np. w tym celu włosy wodą. Gwałtowniejszych zabiegów chłodzących należy unikać. Transportowanie chorego często kończy się niepomyślnie. Należy przy tym pamiętać, że stan chorego wymaga bezustannej i troskliwej obserwacji, gdyż mogą wystąpić drgawki i objawy obłędu. Niektórzy lekarze zalecają upust krwi. Należy pamiętać również o nakłuciu lędźwiowym. Kamforę stosujemy tylko w razie osłabienia serca,—przy oddechu przyspieszonym i w stanach podniecenia kamfory należy unikać. Czasami zachodzi potrzeba stosowania sztucznego oddechu i masażu serca. *Grober* (D. M. W., 1914, Nr 1) poleca nawet możliwie wczesne stosowanie sztucznego oddechu, następnie niskie ułożenie głowy, chłodne napoje, kawę, herbatę lub alkohol, lecz jedynie w bardzo małych i często powtarzanych dawkach, ponadto— wlewania lub lewatywy z soli fizjologicznej. W dwóch przypadkach porażenia z gorąca dobrze podziałało podawanie chorym wyciągów mięsnych; być może, analogiczne działanie wywarłoby stosowanie Lacarnolu lub Padutiny. *Vogel* (Med. Welt, 1935, Nr. 39) radzi, aby pacjentów porażonych z gorąca leczyć tak samo jak dotkniętych wstrząsem mózgu. *Richet* junior (Journ. phys. et

path. gén. 1932, tom 20) na podstawie wyników badań doświadczalnych uważa, że przy porażeniu z gorąca alkohol, eter i adrenalina są bezskuteczne. W stanach podniecenia stosuje się morfinę, Veronal lub wodan chloralu. Kola nie wywiera wyraźnego wpływu, kamfora działa dobrze, kofeina zależnie od dawki działa dobrze lub źle. Do wysokiej ciepłoty ludzie mogą się stopniowo przyzwyczaić.

Dr H. BRONNER i P. KLEINOFEN, Klinika Chirurgiczna w Düsseldorfie.

WPŁYW DIUREZY NA UWIDACZNIANIE DRÓG MOCZOWYCH ZA POMOCĄ PER-ABRODILU.

(Referat według Klin. Wschr. 1937 Nr. 30).

Dla zbadania wydalania Per-Abrodilu autorzy przeprowadzili doświadczenia na dwóch osobnikach ze zdrowymi nerkami. Do doświadczeń wstrzykiwano dożylnie 20 cm^3 Per-Abrodilu. Doświadczenia powtarzano dwukrotnie: raz w stanie pragnienia pod wpływem znacznego ograniczenia płynu, drugi raz po obfitym podaniu płynu (1 litr herbaty). W 5, 15 i 30 minut po zastrzyku wykonywano zdjęcia rentgenowskie; jednocześnie pobierano mocz do zbadania. Otrzymane obrazy rentgenowskie wykazały, że zdjęcia wykonane po podaniu herbaty nie miały żadnej wartości rozpoznawczej. Dawki Per-Abrodilu, które wydzieliły się przez nerki, były przy tym w obu doświadczeniach, zarówno podczas pragnienia jak i po herbacie, zupełnie jednakowe. Znaczne rozcieńczenie wskutek większej diurezy utrudniło w doświadczeniu z herbatą otrzymanie dobrego obrazu kontrastowego, gdyż stężenie jodu wynosiło tu tylko 0,76—1,24%, podczas gdy dla wyraźnego obrazu kontrastowego potrzeba conajmniej 1,5—2% jodu. Natomiast w doświadczeniu z ograniczeniem podawania płynu stężenie jodu już po 5 minutach wynosiło powyżej 2% (maximum 3,36 wzgl. 2,82%) i utrzymywało się na tym wysokim poziomie w ciągu pół godziny.

Wyniki badania wykazały więc, że w praktyce otrzymanie dobrego obrazu kontrastowego po wypiciu większej ilości płynu było niemożliwe. Z drugiej zaś strony przy ograniczeniu płynu możemy nie obawiać się osłabienia wydzielania Per-Abrodilu.

Per-Abrodil sam stara się o niezbędną dla niego ilość płynu.

Per-Abrodil wydziela się szybko. P dożylnym wstrzyknięciu 3,5 g wydzieliło się po 60 minutach 64—89%, po 90 minutach 70—97% i po 24 godzinach 93—98%, czyli praktycznie biorąc, wszystko.

SCHORZENIA SKÓRY POCHODZENIA MIESIĄCZKOWEGO.

(Referat według Dermatol. Zeitschr. 1936, Nr 2).

Czynność jajników w swym rozwoju ewolucyjnym (okresy pokwitania, ciąży, przekwitania) posiada niewątpliwy wpływ na prawidłowe funkcje skóry. Fakt ten pozwala à priori przypuszczać, że zaburzenia w miesiączkowaniu mogą wywołać, względnie przyczynić się do takich zmian w tkance skórnej, które sprzyjają powstawaniu jej schorzeń. Jakkolwiek wiele faktów wskazuje na prawdopodobny udział jajników w tego rodzaju schorzeniach, nie posiadamy w tym względzie sprawdzianów całkowicie pewnych. — W przypadkach t. zw. świądu miesiączkowego już sama współczesność zaburzeń ze strony skóry i fizjologicznej czynności jajników jest bardzo znamienna i wskazuje na związek tych dwu zjawisk. Wyjaśnienie bliższe mechanizmu świądu miesiączkowego jest nader trudne. Niektórzy badacze upatrują go w istnieniu jadów miesiączkowych. *Torre Blanco* spostrzegał u młodej dziewczyny z niedomogą jajnikową znaczne złagodzenie swędzenia przy podawaniu wyciągów z gruczołu jajnikowego. Jednym ze zjawisk towarzyszących okresowi miesiączkowania jest wzmożenie czynności wydzielniczych gruczołów potowych. W niektórych przypadkach wzmożenie to jest tak obfite, że można uważać je za „miesiączkowanie zastępcze". W okresie dojrzewania najczęstszym schorzeniem skóry jest t. zw. trądzik młodocianych (acne juvenilis). Według *Picka* nie występuje on nigdy przed okresem pokwitania. *Pick* podkreśla fakty, które w przebiegu trądzika młodocianych spostrzega się niemal stale: 1. występowanie trądzika w okresie pierwszego miesiączkowania, 2. wzmożony i obfitszy wzrost włosów, 3. niedomoga popędu płciowego. Fakty zależą niewątpliwie od wydzielania wewnętrznego (gruczoły płciowe), na co wskazują dobre wyniki lecznicze osiągane przez *Picka* i jego następców po podawaniu przetworów wielogruczołowych. W patogenezie pryszczycy główną rolę odgrywają własności osobnicze i usposabiające, zależne w dużej, jeśli nie w całkowitej mierze od zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznym. *Urbach* doniósł o dwóch przypadkach pryszczycy wyleczonych proginonem. *Artom, Naegeli, Venturi, Bernstein* i *Bizzozero* w pryszczycach pochodzenia miesiączkowego osiągali znaczne poprawy pod wpływem opoterapii. Tak zwane miesiączkowe zapalenie umiarowe skóry (dermatitis dysmenorrhoica symmetrica *Polland-Matzenauer)* spostrzega się najczęściej u młodych kobiet z zaburzeniami jajnikowymi (infantilismus, hypovarismus, dysmenorrhoe). To nawracające i przewlekłe schorzenie zbiega się zazwyczaj z okresem miesiączkowania i ustępuje wraz z zaburzeniami jajnikowymi pod wpływem przetworów jajnikowych. Jeśli wziąć pod uwagę występowanie tej odmiany pryszczycy wyłącznie u kobiet, współczesność jej z zaburzeniami miesiączkowymi oraz korzystny wpływ leczenia hormonami jajnikowymi, to dojdziemy do wniosku, że zależność umiarowej pryszczycy od okresu miesiączkowania występuje tak wyraźnie, jak bodaj w żadnym innym schorzeniu skór-

nym. Okresom miesiączkowym towarzyszy często pokrzywka. Liczne spostrzeżenia w tym względzie świadczą niezawodnie o ścisłym związku tej pospolitej zmiany skórnej z rytmem płciowym (urticaria menstrualis). Według *Freunda* pokrzywka miesiączkowa nie występuje nigdy przed okresem dojrzewania i pokwitania. Jest ona ściśle związana z okresem życia, w którym jajniki zachowują swą czynność. Liczni autorzy podkreślają również wpływ patologiczny okresów miesiączkowych na schorzenie *Fox-Fordyce'a*. W okresie dojrzewania płciowego u dziewcząt spostrzega się często występowanie rozszerzeń naczyniowych oraz naczyniaków (naevus angiomatodes). Duża rozbieżność zdań panuje odnośnie do klasyfikacji jednostki chorobowej, znanej pod nazwą siatkowatego naczyniastego zaniku skóry (poikilodermia vascularis atrophicans *Jacobi)*. Schorzenia te spostrzega się najczęściej u osobników młodocianych. Z wielu stron podkreśla się również, że pierwsze oznaki twardziny (sclerodermia) występują najczęściej w okresie dojrzewania lub u młodych kobiet, cierpiących na zaburzenia jajnikowe. W patogenezie tego schorzenia odgrywają niewątpliwą rolę zaburzenia tarczycy (basedovismus etc.) oraz gruczołów przytarczycznych (calcinosis). Twardzinę, wedle współczesnych poglądów, należy uważać za schorzenie uzależnione prawdopodobnie od dysfunkcji wielogruczołowej. Za tym przemawiają dobre wyniki leczenia opoterapeutycznego. Schorzenia skóry, znane jako zanik skóry samoczynny i postępujący (acrodermatitis atrophicans *Herxheimer)* spostrzega się najczęściej u kobiet w wieku późniejszym, jakkolwiek opisywano je również u młodych dziewcząt z zaburzeniami jajnikowymi (dysmenorrhoe, infantilismus). Twardzinie towarzyszą niejednokrotnie objawy znamienne dla zespołu *Raynaud'a*, zwłaszcza w tych przypadkach, w których nieprawidłowe czynności gruczołów płciowych są szczególnie wyraźne. Co się tyczy charakterystycznych nawałów krwi u kobiet cierpiących an zaburzenia miesiączkowe, to określanie tego objawu, jak chcą niektórzy autorzy, jako odrębnej jednostki chorobowej, nazwą swoistego rumienia miesiączkowego (erythema menstruale — specificum) jest conajmniej przedwczesne i nieumotywowane. Wszak, jak już wyżej zaznaczyliśmy, istnienie domniemanych jadów miesiączkowych nie zostało jeszcze udowodnione. Zespół objawów znany bliżej pod nazwą „sinicy goleni kobiet młodych" (erythrocyanosis crurum) jest również pochodzenia wewnątrzwydzielniczego. Przypuszcza się, że istnieje tu wrodzone usposobienie i pewne przestrojenie ustroju, wywołane nieprawidłową czynnością jajników; świadczą zresztą o tym dobre wyniki lecznicze uzyskane za pomocą hormonów płciowych. Trądzik różowaty (acne rosacea) u młodych kobiet spostrzega się nader rzadko. Towarzyszą mu zazwyczaj zaburzenia w miesiączkowaniu. Występowanie wylewów podskórnych w okresie nawałów miesiączkowych należy uważać za krwawienie zastępcze. Etiologia plamicy (purpura) dotychczas nie została należycie wyświetlona. Przypuszcza się, że zespół plamicowy powstaje przy udziale hormonów ciałka żółtego. W patogenezie plamicy musi istnieć ponadto usposobienie osobnicze. W piśmiennictwie znaleźć można liczne opisy t. zw. plamicy miesiączkowej.

Ferrari. Bizzozero osiągali w podobnych przypadkach dobre wyniki lecznicze dzięki stosowaniu wyciągów jajnikowych. Okresom miesiączkowania towarzyszą ponadto fizjologiczne odchylenia i w innych narządach: obrzęk wątroby, powiększenie ilości cukru we krwi, znaczne wzmożenie przepuszczalności splotu naczyniowego, zwiększenie ilości czerwonych ciałek krwi. *Eufinger* utworzył nawet termin „falowania pozapłciowego“, który ma oznaczać okresowe zmiany, spostrzegane w układzie dokrewnym i w przemianie materii w związku z miesiączkowaniem. Ilościowo czynność wydzielnicza przedniego płatu przysadki pozostaje w okresie miesiączkowym niezmieniona. Współczynnik cholesteryny natomiast wznosi się lub obniża zależnie od rytmu miesiączkowego. Zjawisko to nie pozostaje jednakże w jakimś określonym związku z powstawaniem znamiennych dla przemiany cholesterynowej żółtaków (xanthomatosis). Jednym z najbardziej pospolitych zjawisk w okresie miesiączki jest opryszczka. Występuje ona niekiedy już przy pierwszym miesiączkowaniu i nawraca okresowo aż do wygaśnięcia czynności jajnikowych. Nawroty zazwyczaj umiejscawiają się w tym samym odcinku skóry np. około ust, najczęściej jednakże opryszczka nawiedza okolicę zewnętrznych części płciowych. Z innych, rzadziej spostrzeganych schorzeń skórnych, których wystąpienie zbiegało się z pierwszym okresem miesiączkowym, notowano w piśmiennictwie zanik skóry (atrophodermia vermiculata), chorobę *Dariera,* rogowacenie ciemne (acanthosis nigricans), chorobę *Recklinghausena,* pęcherzycę urazową dziedziczną (pemphigus traumaticus hereditarius), pokrzywkę barwikową (urticaria pigmentosa). Dużo prac poświęcono wyjaśnieniu roli patogenetycznej schorzeń jajnikowych w pęcherzycy pospolitej. *Grütz* i inni autorzy osiągali długotrwałe remisje w tym schorzeniu, przerywając czynność jajników za pomocą promieni rentgenowskich. Dane sekcyjne pozwalają niejednokrotnie ustalić nieokreślony bliżej związek pęcherzycy ze schorzeniami narządów płciowych. W wielu przypadkach bowiem znajdowano w jajnikach zmiany sklerotyczne i zanikowe. Podobne zwyrodnienia w substancji jądrowej stwierdził *Werther* w przypadku pęcherzycy u mężczyzny. Spostrzeżenia dotyczące zapalenia opryszczkowatego *Duhringa* (dermatitis herpetiformis *Duhring*) posiadają w tym względzie raczej kazuistyczne znaczenie. Co się tyczy łuszczycy, to i w tym schorzeniu spostrzegano, wprawdzie epizodyczny, lecz niewątpliwy związek z okresami miesiączkowania; zwłaszcza w przypadkach łuszczycy artropatycznej uwidoczniają się wyraźnie zaostrzenia w czasie miesiączki. *Keller* doniósł o przypadku osutki łuszczycowatej, nawracającej regularnie w okresach miesiączkowych, połączonej ze znacznym podniesieniem ciepłoty. Dotyczył on kobiety, która w 36. r. życia utraciła miesiączki po usunięciu operacyjnym wola. Wyleczenie nastąpiło pod wpływem podawania proginonu i prolanu. Korzystny wynik leczniczy *Keller* tłumaczy wzmożeniem procesów wydzielniczych. W przypadku spostrzeganym przez *Gennericha* objawy łuszczycowe ulegały zaostrzeniu przy każdym miesiączkowaniu; również i tutaj wyleczenie nastąpiło po zastosowaniu proginonu i follikuliny.

Dr A. HOFMANN. II. oddz. wewn. Szpitala Miejskiego w Wiedniu.

LECZENIE GRUŹLICZYCH POTÓW NOCNYCH ZA POMOCĄ STOSOWANIA ŚRODKÓW USPOKAJAJĄCYCH JEDNOCZEŚNIE PIEŃ MÓZGOWY I KORĘ MÓZGOWĄ.

(Referat według Klin. Wschr. 1937, Nr. 39).

Najskuteczniejszym sposobem zwalczania potów nocnych u chorych na gruźlicę jest stosowanie środków usypiających, działających jednocześnie na korę mózgową i na pień mózgowy. Doskonałe usługi oddawał tu następujący przepis: Luminal 0,015+Natrii bromati 2,0 g. Poty nocne ustępują natychmiast i przeważnie już nie wracają. Zdarzają się jednak również wypadki, w których pomimo dalszego przyjmowania bromu z Luminalem, chorzy po pewnym czasie znowu zaczynają się pocić. Zarządza się wówczas przerwę w leczeniu, po czym wspomniana kombinacja ponownie usuwa ten przykry i dokuczliwy objaw. Oto 3 przykłady:

1. Chory, lat 30. Rozpadające się wczesne nacieczenie w prawym górnym płacie. Odma płucna z powodu zrostów okazała się niedostateczna. Na początku maja chory zapisał się do szpitala z objawami wysięku opłucnowego i gorączką. Obfite poty nocne. Plwocina zawiera laseczniki Kocha. Waga 62,9 kg. Od 11 maja — Natrii bromati 2 g + Luminali 0,005 g. Od tego czasu poty nocne ustąpiły, pomimo że brom z Luminalem po 10 dniach odstawiono.

2. Chory, lat 42. Gruźlica włóknisto-serowata lewego płuca. Dwie jamy, z których jedna była wielkości pięści, a druga wielkości mandarynki. Szybkość opadania krwinek 24, ciepłota prawidłowa, waga 59,1 kg. Od 2 miesięcy poty nocne; nacierania octem nie przynoszą żadnej ulgi. Pod wpływem bromu z Luminalem poty po trzech dniach ustępują. Po 7 dniach leczenie przerwano, lecz poty już nie powróciły.

3. Chory, lat 16. Gorączka 39,6°, znaczne wyczerpanie ogólne i osłabienie, kaszel, brak łaknienia, silne poty nocne. Ciężka gruźlica wysiękowa z objawami rozpadu w prawym górnym płacie. Rozsianie w lewym polu środkowym i prawym płacie dolnym. Szybkość opadania krwinek 30, plwocina zawiera laseczniki gruźlicze, stale wysoka gorączka, sprawa chorobowa szybko postępuje. Dokuczliwe i obfite poty nocne. Pod wpływem bromu z Luminalem pocenie się ustąpiło i nie powróciło również po odstawieniu lekarstwa.

Dr VAN den BOSCH, Gheel (Belgia).

O LECZENIU PRYSZCZYCY WSTRZYKIWANIAMI WYCIĄGÓW WĄTROBOWYCH.

(Referat według Revue des Progrès Thérapeutiques 1936, Nr. 1).

Nie będzie zdaje się przesadą twierdzenie, że dwie trzecie schorzeń skórnych, spostrzeganych w codziennej praktyce dermatologa, to schorzenia z gromady pryszczyc. Gromada ta obejmuje cały szereg zespołów chorobowych o znanym podobieństwie klinicznym, których etiologia przy obecnym stanie



wiedzy nie została jednak jeszcze wyjaśniona. Pomimo dokładnej znajomości obrazów postaciowych i przebiegu klinicznego — zarówno ostrych jak i przewlekłych pryszczyc —teorie rozmaitych szkół dermatologicznych, dotyczące patogenezy tego schorzenia, są bardzo niejednolite i niejednokrotnie sprzeczne. Największą bowiem przeszkodę w wyświetlaniu mechanizmu powstawania pryszczycy stanowi niedostateczna jeszcze znajomość fizjopatologii skóry. Oto dlaczego gromada pryszczyc obejmuje z konieczności tak różnorodne obrazy kliniczne, jak pryszczycę ostrą, ognipiór (crusta lactea), pryszczycę zawodową, osutki pryszczycowate, wywołane ostrym zatruciem arsenobenzolami i t. p. Oto dlaczego również leczenie tych schorzeń należy do zadań najniewdzięczniejszych, zmuszając lekarza do stosowania środków czysto objawowych lub metod opartych na ślepym empiryzmie, prowadzących niejednokrotnie do pogorszenia stanu pacjenta.

Cały szereg faktów, jak znajomość stanów uczuleniowych, własności leczniczych wyciągów wątrobowych w chorobie *Biermera*, skazy artretycznej u przeważającej większości osobników pryszczycowatych oraz prac szkoły niemieckiej o korzystnym działaniu leczniczym wyciągów wątrobowych w rumieniu łombardzkim (pellagra), pęcherzycy (pemphigus) i w rozmaitych osutkach pęcherzykowych, pobudziły nas do zastosowania przetworów wątroby w dwóch przypadkach pryszczycy, z których przebiegu zdajemy pokrótce sprawę:

1) Przypadek pierwszy dotyczył 16-letniego chłopca, u którego pierwsze objawy pryszczycy wystąpiły w 4. roku życia. Niezmiernie częste nawroty i zaostrzenia zmuszały chorego do leczenie szpitalnego, gdzie wyczerpano cały możliwy arsenał metod i środków leczniczych, osiągając każdorazowo tylko znikome poprawy. Rzecz zrozumiała, że tak długotrwałe i uciążliwe schorzenie odbiło się niekorzystnie na stanie psychicznym pacjenta.

Stwierdziwszy brak jakichkolwiek uchwytnych odchyleń w zakresie narządów wewnętrznych, zastosowaliśmy 3 domięśniowe wstrzyknięcia wyciągu wątrobowego Bayera — Campolon — w odstępach tygodniowych. Wynik leczniczy przeszedł wszelkie oczekiwania. Już po pierwszym wstrzyknięciu nastąpiło znaczne złagodzenie wszystkich objawów, zaś w końcu 4. tygodnia osiągnięto wyleczenie. Stan ten utrzymuje się bez skłonności do nawrotów już od 2 miesięcy.

Zdaniem otoczenia chorego żadna z metod leczniczych stosowanych w ciągu 12 ostatnich lat nie dała tak doskonałego wyniku. Dodać należy, że w czasie zastrzyków Campolonu zaniechano stosowania jakichkolwiek środków specjalnych z wyjątkiem pasty *Lassara*, która od szeregu lat zaledwie łagodziła dokuczliwość ostrych objawów.

2) Przypadek drugi dotyczył mężczyzny lat 57, z datującą się od lat przewlekłą pryszczycą prawej dłoni. Chory ten cierpiał ponadto na dotkliwe migreny. Pod względem organicznym nie stwierdzono u chorego żadnych istotnych zmian. Pryszczyca nie poddawała się żadnemu leczeniu, nawracając i zaostrzając się ustawicznie. Chory otrzymał 2 domięśniowe wstrzyknięcia Campolonu po 2 cm^3 w odstępach tygodniowych; w końcu drugiego tygodnia nastąpiło niemal całkowite wyleczenie. Chory utrzymywał, że żadne dotychczasowe leczenie nie dało tak doskonałego i szybkiego wyniku, jak zastrzyknięcie Campolonu. W czasie leczenia Campolonem nie stosowano żadnych innych środków.

Dwa powyższe spostrzeżenia nasunęły nam następujące refleksje: niezwykła uporczywość pryszczycy usprawiedliwia stosowanie wszelkich dostępnych środków, pod warunkiem ich nieszkodliwości; pryszczyca zresztą nie stanowi w medycynie wyłącznej dziedziny empirycznych metod leczenia. Wątroba jest narządem, którego czynności fizjologiczne są nader złożone i wielostronne, że przytoczymy tu jej zdolności krwiotwórcze w okresie płodowym, udział w procesach trawienia i przyswajania węglowodanów, jej wpływ na przemianę podstawową, krzepliwość krwi oraz czynności antytoksyczne. Przypomnieć tu wypada o roli leczniczej wyciągów wątrobowych w schorzeniach krwi, w których mechanizm ich działania, jak dotąd, nie został bliżej wyjaśniony. Nie wiemy zresztą nic pewnego, czy i w jakim stopniu wątroba bierze udział w powstawaniu stanów niedokrwistości. Nasuwa się tu analogia do empirycznego leczenia niedomogi tarczycy wyciągami z tegoż gruczołu, które stosowano już znacznie wcześniej, nim poznano tyroksynę i tyreoglobulinę. To samo dotyczy wielkiego przewrotu, jaki dokonał się w lecznictwie po wykryciu wewnątrzwydzielniczych własności trzustki. Jak bardzo rozszerzył się zasięg terapeutycznych wskazań dla insuliny, o tym dobrze wiedzą klinicyści. Być może, że endokrynologia wątroby kryje jeszcze dużo tajemnic, których rozwiązanie może w przyszłości odegrać wielką rolę w lecznictwie.

Campolon jest przetworem wątrobowym o wielkiej łatwości stosowania, znoszonym doskonale przez chorych.

W leczeniu pryszczyc będziemy w dalszym ciągu posługiwali się wyciągami wątrobowymi, śledząc bacznie konieczność natychmiastowego wkraczania w razie nawrotów lub zaostrzenia. W miarę napływu odpowiednich przypadków zastosujemu Campolon również u dzieci. Kończąc pozwalamy sobie wyrazić zdanie, że w leczeniu pryszczycy wyciągi wątrobowe stanowią nowy cenny nabytek.

Prof. dr FLURY, Zakład Farmakologii, Würzburg.

LECZENIE UKĄSZEŃ PRZEZ OWADY.

(Referat według Med. Klinik 1937, Nr. 30).

Skutki ukąszenia owadów polegają nie na uszkodzeniu mechanicznym lecz przede wszystkim na działaniu toksycznym. Własności chemiczne jadu owadów są dotychczas jeszcze bardzo mało znane. W każdym razie kwas mrówkowy nie odgrywa tu żadnej roli. Kwas mrówkowy znajduje się coprawda, podobnie jak inne kwasy tłuszczowe, w niektórych kwaśnych wydzielinach gruczołowych, lecz nie ma zasadniczo nic wspólnego ze skutkami ukąszenia owadów lub działaniem roślinnych albo zwierzęcych narządów, wywołujących na skórze ludzkiej zmiany o cechach pokrzywki. W istocie idzie tu o swoiste jady, które prawdopodobnie białka nie zawierają, lecz są w mniejszym lub większym stopniu z białkiem związane. Badania doświadczalne i pewne analogie w działaniu przemawiają za tym, że jady owadów są z jednej strony chemicznie podobne do jadów gruczołów ślinowych węży, z drugiej zaś do bezbiałkowych związków płciowych świata zwierzęcego. Jady owadów mają cechy saponin i są zbliżone do kwasów żółciowych, czyli pochodnych sterynowych.

Pokrewieństwo chemiczne z kwasami żółciowymi wynika również z całego charakteru ich działania. Jady owadów uszkadzają wszystkie komórki, a przede wszystkim śródbłonki naczyń chłonnych i krwionośnych i wywołują w ten sposób zapalenie, obrzęk i wynaczynienia. Ukąszenia owadów wywołują znane przykre wrażenia podmiotowe jak palenie, swędzenie, kłucie, napięcie, silny ból oraz zaburzenia przedmiotowe jak zaczerwienienie, obrzmienie, pęcherze i t. d. Poza tym ukąszenia owadów mogą wywołać również objawy ogólne, dotyczące narządu krążenia i układu nerwowego. Zaburzenia takie mają przeważnie cechy skazy krwotocznej i uszkodzeń neurotoksycznych. Przy leczeniu miejscowym mechaniczne usunięcie jadu — w przeciwieństwie do jadów węży — nie ma żadnego znaczenia praktycznego. Przy ukąszeniach pszczół należy jednak dążyć do usunięcia żądła. Kleszcze usuwamy oliwą, benzyną, naftą. Ukąszenia narządów szyi i jamy ustnej mogą wywołać obrzęk głośni; w przypadkach takich często zachodzi konieczność dokonania skaryfikacji lub tracheotomii. Pod wpływem amoniaku jady owadów przechodzą w stan nierozpuszczalny. Również stężone roztwory cukru lub soli mogą zmniejszać przepuszczalność naczyń włosowatych. Chemicznie można zniszczyć jady za pomocą nalewki jodowej, wody chlorowej, podchlorynów i t. d. Miejscowe objawy zapalne łagodzimy zimnem, wilgocią, środkami ściągającymi, rozcieńczonymi kwasami lub też środkami o działaniu osmotycznym, jak cukier, miód, figi i t. p. Bóle uśmierzamy miejscowymi środkami znieczulającymi, fenolem i olejkami eterycznymi. Przy ukąszeniach os i szerszeni wskazane są środki odkażające. Większość przypadków śmierci po ukąszeniach

owadów zależy według autora nie od działania jadu, lecz od zakażeń. Przy ciężkich objawach ogólnych, które mogą wystąpić po ukąszeniach w naczynia krwionośne, należy zastosować środki pobudzające, narkotyczne zabiegi napotne, a w razie potrzeby również i upust krwi. Leczenie przyczynowe nie może rokować żadnego powodzenia, gdyż jad szybko przenika do tkanek głębokich i już po kilku sekundach staje się niedostępny, tak że wszelkie późniejsze próby unieszkodliwienia go są już z góry skazane na niepowodzenie.

Dr C. G. DUNN, Cambridge.

MIESZANINA WYSOKODROBINOWYCH CHLORKÓW ALKILO - DWUMETYLO-BENZYLO - AMONOWYCH JAKO ŚRODEK ANTYSEPTYCZNY.

(Referat według Proc. Soc. exp. Biol. Med. 1936, tom 35; Am. Journ. Hyg. 1937, tom 26).

Mieszanina określonych chlorków alkilo-dwumetylo-benzylo-amonowych (Zephirol) zabija zarazki chorobotwórcze w następujących stężeniach:

Bakterie	Przeciętny współczynnik fenolowy		Największe rozcieńczenie, które zabija bakterie w ciągu 10 minut (lecz nie w 5 minut) (Rozcieńczenie przeciętne)	
	20°	37°	20°	37°
Staph. aureus	279	407	1 : 20000	1 : 35000
Eberthella typhosa	250	429	1 : 20000	1 : 70000
E. coli	160	358	1 : 12000	1 : 40000
Str. haemolyt.	435	579	1 : 40000	1 : 95000
Str. viridans	384	434	1 : 35000	1 : 65000
Cryptococcus hominis	214	395	1 : 24000	1 : 70000
Monilia albicans	111	274	1 : 10000	1 : 35000

W temperaturze poniżej 1° Zephirol zabija gronkowce złociste w rozcieńczeniu 1 : 4500 (wartość przeciętna) w ciągu 10 minut; działanie 5-minutowe jest niedostateczne. W badaniach nad Escherichia coli odpowiednie stężenie wynosi 1:1000. Ani temperatura poniżej 0° ani przechowywanie w ciepłocie powyżej 50° nie osłabiały siły bakteriobójczego działania Zephirolu. Zephirol niszczył bakterie wyliczone w powyższej tablicy również w obecności 20% normalnej surowicy końskiej. Najodporniejszymi okazały się E. coli, lecz w rozcieńczeniu Zephirolu 1:3200 utrzymywały się one przy 37° nie dłużej niż 10 minut. W obecności 50% surowicy Zephirol w rozcieńczeniu 1:200 zabija gronkowce złociste przy 37° mniej niż w 50 sekund, a przy 20° mniej niż w 30 sekund. Rozcieńczenie 1:1200 zabijało te gronkowce w obecności 50% surowicy przy 20° w 10 mi-

nut, lecz nie mogło ich zniszczyć w 5 minut. W przeciwieństwie do tego zachowania się Zephirolu pewien znany preparat rtęciowy nie niszczył przy 20° gronkowców złocistych, jeżeli rozcieńczono go 50%-ową surowicą do 1:400.

Zarówno w obecności jak i w nieobecności związków organicznych i soków ustrojowych Zephirol wykazywał silne działanie bakteriobójcze przeciwko zarazkom wymienionym w tablicy oraz przeciwko grzybkom Trichophyton interdigitale i Mikrosporon lanosum. Odnośnie do tych dwóch zarazków Zephirol posiada przy 20° średni współczynnik fenolowy 30,8 względnie 400 i zabija te odmiany grzybków w ciągu 10 minut w rozcieńczeniach 1:2000 względnie 1:40000. Wyraźnej swoistości działania bakteriobójczego Zephirol nie posiada. Zarodników Bacillus subtilis (laseczników siennych) Zephirol nie niszczy tak szybko jak komórek wegetatywnych (podobnie zachowują się również i wszelkie inne środki antyseptyczne). Dzięki swemu wybitnemu działaniu bakteriostatycznemu Zephirol nie dopuszcza jednak do rozmnażania się zarodników. Działanie bakteriobójcze Zephirolu na laseczniki sienne było w środowisku zasadowym o wiele szybsze niż w środowisku obojętnym lub kwaśnym. Działanie bakteriostatyczne przeciwko drobnoustrojom gramo-dodatnim jak np. lasecznik sienny i gronkowiec złocisty było bardzo wyraźne. Natomiast w stosunku do E. coli, zarazka gramo-ujemnego, było niewielkie. Działanie bakteriobójcze Zephirolu na gronkowce złociste i E. coli (w obecności 50% surowicy) przy 20° i 37° było znacznie silniejsze niż analogiczne działanie wielu innych środków antyseptycznych. Również 8-miesięczne przechowywanie w temperaturze pokojowej (lub 18-dniowe powyżej 50°) nie osłabiało działania Zephirolu.

Dr ERNEST HEINSIUS, Klinika Okulistyczna Uniw. w Berlinie.

BADANIA DOŚWIADCZALNE DOTYCZĄCE WPŁYWU WITAMINY A NA ODRADZANIE SIĘ NABŁONKA ROGÓWKI.

(Referat według Archiv für Ophthalmologie 1936, tom 136).

Löhr, Horn i Sandor oraz szereg innych autorów zwrócili uwagę na pomyślny wpływ miejscowego stosowania tranu i witaminy A na gojenie się ran. *Drigalski* i *Lauber* wykazali ostatnio doświadczalnie, że leczenie miejscowe tranem i witaminą A pobudza i przyspiesza gojenie się ran; w badaniach swych *Drigalski* i *Lauber* wywoływali sztuczne ubytki skórne obejmujące nie tylko warstwę nabłonkową lecz sięgające w głąb do tkanki łącznej; w tych warunkach doświadczenia te jedynie w ograniczonym stopniu pozwalają na wyciągnięcie wniosków o miejscowym działaniu stosowanych środków na sam nabło-

nek. O witaminie A wiadomo zresztą już od dawna, że wywiera ona pewien wpływ na rozrost i odporność nabłonków ektodermy. W przypadkach awitaminozy A wszystkie tkanki nabłonkowe wykazują skłonność do wysychania, rogowacenia i łuszczenia; objawy te występują przede wszystkim na błonkach szczególnie wrażliwych, a więc na nabłonkach rogówki i błon śluzowych, a zwłaszcza górnych dróg oddechowych, przewodu pokarmowego, przewodów gruczołowych i śluzówek narządu moczo-płciowego. Objawy tej choroby ubytkowej występują na nabłonkach pochwy szczurów odżywianych pokarmami zawierającymi mało witaminy A z taką regularnością, że *Hohlweg* i *Dorn* wykorzystują ten objaw jako odczynnik biologiczny dla niedoboru witaminy A; jest to t. zw. odczyn kolpokeratozy.

Dla zbadania doświadczalnego, czy miejscowe stosowanie witaminy A działa pomyślnie na nabłonek, autor wykonał na królikach obustronne całkowite zeskrobanie nabłonka rogówki. Następnie wkraplano do obu worków spojówkowych różne środki lecznicze i codziennie sprawdzano szybkość tworzenia się nowego nabłonka. Jest to metoda wypróbowana po raz pierwszy przez *Lohleina* dla badania działania toru X, która pozwala w możliwie najbardziej zbliżonych warunkach czynić obserwacje porównawcze na obu oczach. W ten sposób autor mógł porównać miejscowy wpływ tranu i oliwy zawierającej witaminę A z wpływem jałowej oliwy. W szeregu różnych doświadczeń autor wykazał, że zarówno czysty tran jak i oliwa zawierająca takie same stężenie witaminy A przyśpieszają nowotworzenie się nabłonka na oku królika. Z dalszych badań porównawczych wynika, że między działaniem obu tych leków nie ma żadnej istotnej różnicy. Z doświadczeń tych autor wyciąga uzasadniony wniosek, że jedynym czynnikiem tranu, przyspieszającym odradzanie się nabłonka, jest wyłącznie witamina A. Porównania z różnymi stężeniami witaminy A wykazały, że pomyślny wpływ tej witaminy zależy również od jej stężenia. Działanie epitelizujące olejków zawierających witaminę A w większych stężeniach (120000 jednostek międzynarodowych w jednym cm^3) było słabsze niż działanie olejków o mniejszym stężeniu (750 jedn. międzynarodowych).

Opisane powyżej w streszczeniu badania doświadczalne na zwierzętach wykazały więc , że miejscowe stosowanie witaminy A (w określonych stężeniach) może wpływać pobudzająco na rozrost nabłonka. To zachowanie się przebiega do pewnego stopnia równolegle do działania witaminy A podanej w pożywieniu. Wydaje się wobec tego prawdopodobne, że również przy miejscowym stosowaniu witaminy A w komórkach nabłonkowych zwiększa się ilość związków potrzebnych do nowotworzenia komórek. Być może iż idzie tu o związki purynowe pobudzające tworzenie się jąder komórkowych.

Na zakończenie autor zwraca uwagę, że stwierdzony na oku zwierzęcia pomyślny terapeutyczny wpływ witaminy A na nowotworzenie się nabłonka powinien skłonić lekarzy do stosowania leków zawierających witaminę A również dla leczenia schorzeń rogówki u ludzi.

Prof. Dr R. GANTENBERG i B. THIMME. Klin. Chor. Wew. Uniw. w Münster w W.

SPOSTRZEŻENIA O DZIAŁANIU LECZNICZYM PRONTOSILU.

(Referat według Med. Welt. 1935, Nr. 28).

Autorzy leczyli Prontosilem następujące stany chorobowe: ciężkie zakażenie septyczne po anginie, ostre i przewlekłe zapalenie wsierdzia, ostre i przewlekłe zapalenie wielostawowe, różę i wreszcie kilka przypadków przewlekłych chorób skórnych. W przypadkach mniej lub więcej ciężkich przewlekłych zakaźnych zapaleń stawowych oraz przy ostrych nawracających zapaleniach stawów leczenie Prontosilem wpływało pomyślnie na przebieg choroby lub sprowadzało nawet nadzwyczaj szybkie wyleczenie. W dwóch bardzo ciężkich przypadkach wtórnie przewlekłych zakaźnych zapaleń stawów z rozpoczynającym się wzgl. postępującym zniszczeniem stawów stosowano oprócz leczenia farmakologicznego również kąpiele solankowe, błotne, miejscowe nagrzewania, naświetlania rentgenowskie, wody radowe do picia i zabiegi dla uruchomienia stawów. Wielką uwagę zwracali autorzy na usunięcie ew. przewlekłych ognisk zakaźnych, zwłaszcza w jamie ustnej. Jednakże wszystkie te zabiegi nie dały żadnych trwalszych wyników i pozostawały bez wyraźniejszego wpływu na stan chorych. Natomiast Prontosil zmniejszył nacieczenia i obrzmienia okołostawowe, uśmierzył bóle i przyczynił się do znacznej poprawy czynności stawów, o ile nie doszło jeszcze do nieodwołalnego zniszczenia stawów i zesztywnienia. W innych przypadkach pomyślne działanie lecznicze Prontosilu ujawniło się odrazu bez dodatkowego stosowania fizycznych zabiegów terapeutycznych. Nawroty, które występowały podczas przerw w leczeniu przy zmianach pogody, ustępowały bardzo szybko pod wpływem wznowienia podawania Prontosilu. Pewien chory z ostrym nawracającym reumatyzmem stawowym leżał prawie bez ruchu w łóżku z powodu bolesnego zaczerwienienia i obrzmienia wielkich stawów; po 5 dniach wstrzykiwania Prontosilu i przyjmowaniu tabletek Prontosilu wszystkie dolegliwości ustąpiły zupełnie, tak, że pacjent po 5 dniach mógł już wstawać. Podobnie pomyślny wpływ wywarł Prontosil w ostrym napadzie nawracającego gośćca stawowego powikłanego rumieniem guzowatym. Na szczególną uwagę zasługuje przebieg ciężkiego wtórnie przewlekłego zakaźnego zapalenia stawów powikłanego ciężką łuszczycą. Chory, dziedzicznie konstytucjonalnie obciążony, wykazywał jednocześnie objawy obostrzenia nawracającego wtórnie przewlekłego zakaźnego zapalenia stawowego i świeżego obostrzenia łuszczycy.

U chorego tego istniał niewątpliwy związek między zakaźnym zapaleniem stawów i łuszczycą; pierwszy napad zaburzeń stawowych poprzedził tu wystąpienie łuszczycy; autorzy przypuszczają wobec tego, że ten sam czynnik leczniczy, który doprowadził do ustąpienia zmian stawowych, przyczynił się jednocześnie do wyleczenia łuszczycy. Okresowe stosowanie Prontosilu wpłynę-

ło wyraźnie dodatnio na stan pacjenta, poprawa jednak, być może ze względu na krótkotrwałość leczenia, okazała się przemijająca; dopiero konsekwentne podawanie Prontosilu prawie w ciągu 2 miesięcy doprowadziło do zupełnego ustąpienia zapalnych zmian stawowych i objawów skórnych.

Ze spostrzeżenia tego autorzy wyciągają wniosek, że w przypadkach uporczywej łuszczycy należy myśleć o możliwości istnienia w ustroju etiologicznie czynnych przewlekłych spraw zapalnych i zastosować Prontosil. Inny pacjent z wtórnie przewlekłym zakaźnym zapaleniem stawów i jednocześnie z utajoną kiłą, chorował na łagodną łuszczycę już dawno przed pierwszym napadem ostrego reumatyzmu stawowego. Również i w tym przypadku jednocześnie z obostrzeniem sprawy stawowej nastąpiło pogorszenie łuszczycy. Podczas leczenia Prontosilem zmiany łuszczycowe coprawda wyraźnie się zmniejszyły, jednakże wpływ Prontosilu na stawy nie był taki wyraźny. Oprócz pomyślnych wyników leczenia Prontosilem zapaleń stawowych autorzy obserwowali również i szereg niepowodzeń. Tak np. pewien żołnierz z reumatyzmem stawowym nie reagował wcale na Prontosil, poprawił się natomiast w ciągu kilku dni pod wpływem Pyramidonu (5 — 7 $\times$ 0,3 g); dwaj chorzy z wtórnie przewlekłym zakaźnym zapaleniem stawów, które rozwinęło się w związku z anginami lub powtarzającymi się nieżytami górnych dróg oddechowych (jeden z nich cierpiał jednocześnie na ostrą niedomykalność zastawki dwudzielnej) również na Prontosil nie reagowali; Prontosil zawiódł następnie w pewnym przypadku wtórnie przewlekłego zakaźnego zapalenia stawów u osobnika ze starą nieczynną gruźlicą gruczołów wnękowych, która w wieku młodzieńczym jeszcze przed wystąpieniem pierwszego schorzenia stawowego, wywołała zapalenie opłucnej. U kilku innych chorych nie można było z całą pewnością powiedzieć, czy osiągnięta poprawa cierpienia stawowego zależała od Prontosilu, czy też od jednocześnie stosowanego innego leczenia. Prontosil pozostał bezskuteczny również u dwóch chorych z ciężkim, daleko posuniętym, przewlekle-septycznym zapaleniem wsierdzia, zwłaszcza przy nurtującym zapaleniu wsierdzia i przy posocznicy wywołanej paciorkowcem zieleniejącym. Natomiast przypadek świeżego septycznego zapalenia wsierdzia po anginie udało się za pomocą energicznego leczenia Prontosilem szybko wyleczyć; pozostała oczywiście dobrze wyrównana wada mitralna. U pewnej 5-letniej dziewczynki dotkniętej ostrym zapaleniem ucha środkowego i ropnym zapaleniem wyrostka sutkowego (w ropie znaleziono pneumokoki, paciorkowca krótkiego i gronkowca białego) zastosowanie Prontosilu wyraźnie przyspieszyło poprawę pooperacyjną. Na podstawie pomyślnych wyników stosowania Prontosilu w niektórych chorobach skórnych autorzy wypróbowali ten preparat u 15-letniej dziewczynki z bardzo uporczywą przewlekłą pryszczycą na grzbiecie dłoni, w zgięciu łokciowym i kolanowym; pryszczyca ta była zupełnie odporna na wszelkie dotychczas stosowane zabiegi lecznicze. Również i ta pacjentka często chorowała dawniej na zapalenia migdałków; jesienią 1934 wystąpiło zapalenie miedniczek nerkowych z pogorszeniem wykwitów skórnych. Pod wpływem Prontosilu (3

razy dziennie po 1 tabletce) objawy przewlekłej pryszczycy po raz pierwszy od tylu lat ustąpiły doszczętnie.

W przypadku ciężkiej róży twarzy u 67-letniego pacjenta ze stanami gwałtownego podniecenia doustne podawanie Prontosilu doprowadziło w ciągu 5 dni do zupełnego wyleczenia. Pewna karmiąca kobieta cierpiała na nawracającą różę, powtarzającą się naprzemian na obu piersiach; Prontosil każdorazowo usuwał wszystkie objawy chorobowe już na drugi dzień; żółte zabarwienie mleka znikało szybko po odstawieniu preparatu. 9-miesięczne dziecko z ciężką różą na twarzy i rozległą flegmoną głowy zareagowało na Prontosil znakomicie: doustne podawanie 3 tabletek dziennie sprowadziło doraźne wyleczenie. W związku z nawrotem róży zastosowano Prontosil powtórnie i tym razem wyleczenie było już ostateczne.

Tolerancja Prontosilu była zasadniczo dobra; jedynie w poszczególnych przypadkach chorzy skarżyli się na ucisk w żołądku i brak apetytu; zaburzenia te łatwo ustępowały pod wpływem magnezji. Na krążenie krwi Prontosil żadnego szkodliwego wpływu nie wywierał.

KILKA SŁÓW W SPRAWIE WYMIOTÓW.

Według dr Rohra (1000 lat życia Niemiec), dr Nohla (Czarna śmierć, 1922), dr Lonicera (Zielnik, 1716).

Wymioty, samoistne lub sztucznie wywołane, zawsze uważano za objaw bardzo nieestetyczny. Pomimo to były one od najdawniejszych czasów częstym tematem sztuk plastycznych. Również historie obyczajów różnych ludów nie pomijają zagadnienia wymiotów. Sztuka lekarska interesowała się wymiotami już w czasach starożytnych. W okresie upadku Rzymu usilnie poszukiwano środków leczniczych, które mogłyby na drodze mechanicznej lub chemicznej wywołać obfite wymioty i całkowicie opróżnić żołądek wyłącznie w tym celu, aby można było znowu zacząć jeść od początku. Już wcześnie zauważono, że w pewnych przypadkach wymioty są obronnym odczynem ustroju i stanowią czasem skuteczną metodę leczenia. Spostrzeżenia tego rodzaju nasunęły myśl świadomego wywoływania wymiotów dla usunięcia z żołądka szkodliwego pożywienia lub nawet trucizny. „Leczenie“ to przeprowadzano zresztą często również w przypadkach, w których o żadnym zatruciu mowy być nie mogło. Znaczna ilość środków wymiotnych, opisanych w starych zielnikach, dowodzi, w jakim stopniu nadużywano stosowania tych leków, które były wprawdzie o wiele mniej szkodliwe niż znany już od bardzo dawna Tartarus stibiatus. *Lonicer* zaleca np. jako skuteczne środki wymiotne Nux vomica, narcyzy i hiacynty. Z tego właśnie powodu hiacynt nazywał się po łacinie Ballus vomitorius (Hyacinthus magnus). Według *Lonicera* już *Dioscurides* (40 — 90 po Chr.) dobrze znał wymiotne własności hiacyntu. W zielniku *Lonicera* znajdujemy charakterystyczne rysunki, które przedstawiają nie tylko rośliny lecz

również i skutki ich działania. Rysunek np. człowieka pod drzewem figowym nie wymaga już żadnych komentarzy co do działania figowca. Środkami leczniczymi mającymi na celu uśmierzanie istniejącej skłonności do wymiotów zajmowano się początkowo bardzo mało. *Lonicer* wymienia jako środki przeciwwymiotne kwiaty lub korę drzewa granatu, żywicę jałowca, macierzankę, kardamom, gwoździki i wreszcie gumę arabską. Na licznych znanych rysunkach przedstawiających sceny wymiotowania zwłaszcza podczas podróży morskich, autorzy wykazują zwykle bardzo mało współczucia dla nieszczęśliwych chorych. Jeszcze bardziej szydercze i ironiczne są obrazki przedstawiające niedoświadczonych uczniów *Dionizosa*, którzy sami są winni powstania u nich przykrych zaburzeń żołądkowych. Dla lepszego i wyraźniejszego uwidocznienia, co należy myśleć o hulakach i pijakach, artyści przedstawiają ich często w postaci błaznów lub zwierząt. „Grobianus", rysunek z połowyXVI wieku, przedstawia zebranie studentów, którzy piją, śpiewają i biją się; wszyscy uczestnicy tego zebrania mają głowy różnych zwierząt; ten który pił najwięcej i wymiotuje, został obdarzony głową wieprza. Świnia była w ogóle częstym symbolem złego prowadzenia się pijaków. Widzimy to wyraźnie na grawiurze *Teodora de Bry*. Na innym obrazku malarz przedstawił włościanina, który po cięż-



Na lewo drzewo figowe
z zielnika Bocka, 1551

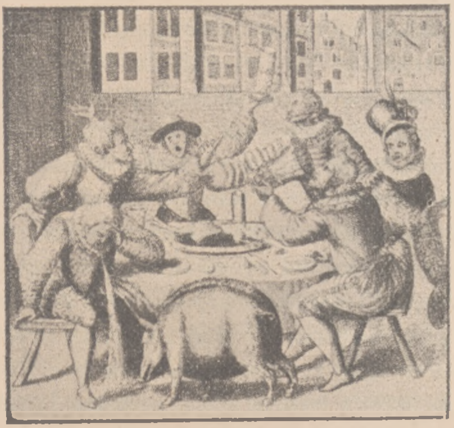


Na prawo drzewo figowe
z zielnika Lonicera, 1716

kiej pracy w ciągu lata i jesieni, zapragnął na Boże Narodzenie trochę się zabawić i któremu przytrafiła się podczas tańca drobna lecz nieprzyjemna przygoda. Wiadomo poza tym, że podobne konsekwencje może wywołać nie tylko nadużywanie alkoholu, lecz że również palenie tytoniu bywa u osób nieprzyzwyczajonych często przyczyną wymiotów. Biedny student z roku 1630, który pali chociaż nie umie, został przedstawiony w stroju błazna.

Obrazy greckie, na których uwidocznione są pożałowania godne stany, nie wykazują na ogół tego charakteru sarkastycznego. Kobieta grecka stara się pomóc i sprawić ulgę swemu drogiemu małżonkowi, który wypił trochę za dużo

jasnego wina podczas uczty. Tego rodzaju sceny z życia starożytnych Greków spotykamy bardzo często, co dowodzi, że stany te nie należały do zdarzeń wyjątkowych.



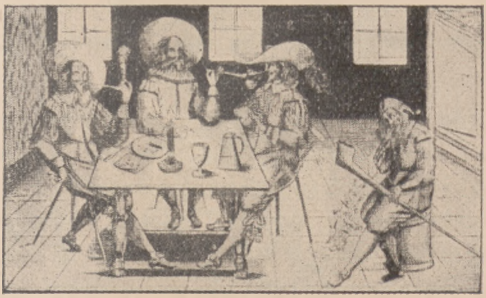
Pijaństwo i obżarstwo
(Teodor de Bry, 1528 — 1598)



Zwierzęta w roli bawiących się studentów
(„Grobianus“ Dedekinda 1551)



Przykry wypadek podczas tańca



„Fumeur allemand“, pamflet z r. 1630.





Skutki uczty

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Mało znane przyczyny zabarwienia moczu.

Laicy przypisują zwykle wyglądowi i zabarwieniu moczu znaczenie zbyt duże, natomiast lekarze nie zwracają czasem na te cechy zewnętrzne moczu należytej uwagi. Według autora w przypadkach zapalenia nerek mocz, zwłaszcza przy bardzo kwaśnym odczynie, może zabarwić się na kolor wiśniowo-czerwony; zabarwienie to zależy od obecności nefrorozeiny. Podobnie wygląda czasami wskutek urorubiny mocz diabetyków po zakwaszeniu i staniu na świetle dziennym. Choroby krwi, a zwłaszcza niedokrwistość złośliwa i żółtaczka hemolityczna, zwiększają zawartość barwnika moczowego. Ten naturalny barwnik, zwany urofeiną, daje w marskości wątroby pod wpływem działania stężonego kwasu siarkowego zabarwienie ciemno-brunatne, dochodzące do czarnego. Jeżeli człowiek podlega po raz pierwszy silnemu nasłonecznieniu, wywołującemu objawy zapalenia skóry, to mocz jego po 24 godzinach daje dodatni odczyn melaninowy, czyli zabarwia się na czarno. Zatrucia fenolem oraz przyjmowanie rezorcyny, kreozotu, guajakolu, salolu zabarwiają mocz na kolor ciemny wskutek obecności hydrochinonu. W przebiegu gruźlicy kiszek mocz ma często kolor brunatny. Barwniki anilinowe zawarte w słodyczach zabarwiają mocz na krwisty jasno-czerwony kolor. Napar z rosiczki, owadożernej rośliny bagiennej, posiadającej własność trawienia mięsa, zabarwia mocz na kolor czarno-brunatny. Spożycie większej ilości buraków może zabarwić mocz na czerwono, co niepokoi zwykle laików, nasuwając im podejrzenie krwawienia moczowego. Czerwone zabarwienie po przyjmowaniu pochodnych pirydyny udziela się również bieliźnie. Antipyrina, Antifebrina, Pyramidon, Compral, Istizina, Trional i Sulfonal oraz rabarbar, senes, kruszyna, kaskara sagrada i fenolftaleina zabarwiają mocz na kolor żółtawo- lub ciemno-czerwony. Santonina wywołuje zabarwienie szafranowe. Mocz zawierający kwas fenylocynchoninowy zabarwia się po dodaniu kwasu solnego na żółto. Pod wpływem stosowania błękitu metylowego mocz może zabarwić się na zielono lub niebiesko. Mocz chorych cierpiących na marskość nerek jest jasny; pod wpływem powietrza staje się żółty.

Dr J. Lipp, Monachium.

(Münch. med. Wo. 1937, Nr. 22)

Spostrzeżenia kliniczne o uśpieniu evipanowym.

Od roku 1933 wykonał autor 1540 zabiegów chirurgicznych w uśpieniu za pomocą dożylnego wstrzykiwania Evipanu-Natrium. Wyniki stosowania tego preparatu są tak pomyślne, że autor korzysta obecnie przy usypianiu tylko z Evipanu-Natrium albo z N_2O albo z obu tych środków jednocześnie. Uśpienie evipanowe jest szczególnie wskazane u chorych z gruźlicą płuc, rozedmą, przewlekłymi nieżytami oskrzeli, zastojem w płucach, czyli we wszystkich przypadkach, w których niezbędne jest oszczędzanie nabłonka płucnego. Jedynym przeciwwskazaniem do uśpienia evipanowego są ciężkie schorzenia wątroby, jak marskość, rak, kiła lub gruźlica tego narządu. Chorym poniżej lat 60 autor podaje na ½ godziny przed zabiegiem środek uspokajający, u osobników natomiast powyżej 70 lat żadnego środka prenarkotycznego się nie stosuje. Na 1540 przypadków operowanych w uśpieniu evipanowym zmarło zaledwie dwóch chorych: jeden w wieku lat 66 operowany z powodu raka szczęki górnej

i drugi, któremu wykonano kroczową amputację odbytnicy. Chorzy zmarli w 8—10 godzin po operacji z powodu nie dającego się opanować krwawienia. Autor żałuje, że nie dokonał wówczas transfuzji krwi. Jako jedną z zalet uśpienia evipanowego autor wymienia również spostrzeżenie, że chorzy operowani w narkozie dożylnej bardzo mało się pocą, co w znacznym stopniu zmniejsza niebezpieczeństwo zaziębienia.

Dr P. Guy.

(Anesth. An alg 1937, tom 3, Nr. 2

Leczenie przewlekłego reumatyzmu stawowego.

Chora lat 53. Od 5 lat cierpi na postępujące dolegliwości stawowe. Chód coraz trudniejszy, tępe bóle w obu kolanach. Nie gorączkuje. W ciągu roku chorą leczono jodem, lecz terapia ta pozostała zupełnie bez wpływu na przebieg choroby. Stan chorej z biegiem czasu pogarsza się wyraźnie. Wystąpiły zmiany w stawach skokowych i w kręgosłupie. Przed 3 laty zastosowano leczenie promieniami radu, lecz również i rad nie sprawił chorej żadnej ulgi. Początek menopauzy. Również szereg innych zabiegów leczniczych (wstrzykiwania wyciągów jajnikowych, stosowanie jadu kobry i t. d.) okazał się zupełnie bezskuteczny. Na początku 1936 sprawa chorobowa objęła już prawie wszystkie stawy — pacjentka nie może się poruszać bez pomocy i jest zupełnie bezradna.

23.12.1936 chora zgłosiła się do autora. Stan bardzo ciężki, zupełny brak apetytu, każdy ruch sprawia chorej dotkliwe bóle, chora stale chudnie, silne bóle głowy. Zastosowano leczenie domięśniowymi wstrzykiwaniami Novalginy. Novalginę wstrzykiwano 2 razy dziennie, rano i wieczorem, w dawce po 1 cm^3.

26.12.36 bóle w stawach dłoniowych ustąpiły. Ruchy w lewym stawie łokciowym są już znacznie mniej bolesne.

30.12.36. Chora może zginać bez trudu kolana do kąta 45^0. Jednocześnie zmniejszyły się bóle i w prawym stawie łokciowym.

1.1.37. Chora, opierając się na lasce, może już przejść kilka kroków. Ogółem pacjentka otrzymała 20 wstrzyknięć Novalginy po 1 cm^3. Po każdym zastrzyku pacjentka doznawała wrażenia palenia w stawach; jednocześnie wyraźnie rozszerzały się naczynia skórne; objawy te trwały około godziny.

9.1.37 autor rozpoczął drugą serię wstrzykiwań. 12.1.37 chora podnosi się o własnych siłach, ubiera się i myje samodzielnie, może przejść 25 do 50 metrów bez żadnych dolegliwości. Apetyt normalny. Od 23.12.36 waga zwiększyła się o 5 kg.

Osiągnięcie tak znacznej poprawy w ciężkim przypadku postępującego przewlekłego reumatyzmu stawowego zasługuje na uwagę i jest przekonywującym dowodem pomyślnego wpływu Novalginy na przebieg tej uporczywej choroby.

Dr R. Conreur, Ixelles.

(Revue des Progrès Thérapeutiques 1937, Nr. 3)

Leczenie tężca noworodków.

U 7-dniowej dziewczynki stwierdzono Tetanus neonatorum. Pomimo podskórnego, domięśniowego i dolędźwiowego zastosowania antytoksyny tężcowej w dawce ogólnej 1250 jednostek, stan ogólny szybko się pogarszał i waga dziecka zmniejszyła się. Rokowanie należało uważać za złe. Autor zastosował wówczas lewatywy z Avertiny. Pierwszego dnia dziecko otrzymało 0,125 g na kg wagi w 2,5%-owym roztworze. Drgawki na przeciąg 24 godzin ustały, zamroczenie utrudniało jednak odżywianie. Autor zmniejszył wtedy dawkę i podawał 2 razy dziennie po 0,075 g pro kg. Dawka ta okazała się odpowiednią i dziecko można już było karmić bez przeszkód. Drgawki nie powtarzały się. Po upływie tygodnia dawkę znów zmniejszono i stosowano już tylko jedną lewatywę dziennie. Wobec tego, że stan dziecka był zadowalający i zaburzenia tężcowe ustąpiły bez śladu, autor zaprzestał dalszego stosowania Avertiny. Dziecko zostało uratowane i waga jego zaczęła się szybko zwiększać.

Dr A. Helmer, Hälsingborg.

(Nord Med. Tidsk. 1937)

W sprawie związku między krzywicą i niedorozwojem umysłowym.

Autor zbadał większą ilość dzieci przedwcześnie urodzonych i znajdujących się obecnie w wieku szkolnym, przy czym zwracał szczególną uwagę na związek między krzywicą i niedorozwojem umysłowym. Badania autora wykazały, że między natężeniem pozostałości po przebytej krzywicy i stopniem upośledzenia inteligencji istnieje wyraźna równoległość. Autor uważa, że niedorozwój umysłowy, stwierdzany u przedwcześnie urodzonych i zależny od przebytej krzywicy dzieci, znajdujących się już w wieku szkolnym jest zjawiskiem nieodwracalnym. Zależność przyczynowa nieznacznego upośledzenia inteligencji od krzywicy nie jest wprawdzie udowodniona z całą pewnością, wydaje się jednak bardzo prawdopodobna. Z drugiej strony wiadomo jednak, że niedorozwój psychiczny sam przez się może pierwotnie sprzyjać powstawaniu krzywicy. Przede wszystkim należy tu jednak zwrócić uwagę na fakt, że zarówno krzywica jak i upośledzenie inteligencji zależą od jednej wspólnej przyczyny, a mianowicie od przedwczesnego porodu. U tych samych dzieci można jeszcze było stwierdzić następującą zależność między migdałkami i uzdolnieniem: im znaczniejszy był przerost migdałów, tym częściej stwierdzano objawy mniejszego lub większego osłabienia władz umysłowych lub zwykłej głupoty.

Dr T. Brander, Helsingfors.
(Mtsch. Kindheilk. 1937, tom 69)

Leczenie akroparestezji witaminą B_1.

Chora ma lat 60. Przed 6—7 laty bez żadnej uchwytnej przyczyny zewnętrznej wystąpiły na obu rękach silne zaburzenia naczynioruchowe, obejmujące zawsze tylko 2., 3. i 4. palec. Palce stawały się zimne, białe lub nawet sine. Jednocześnie chora odczuwała bardzo przykre parastezje. Napady występowały 4 do 5 razy dziennie i trwały od 15 do 30 minut. Chorą leczono organopreparatami (Padutiną, wyciągami wątrobowymi i jajnikowymi, tarczycą i t. d.), całym szeregiem innych środków, kąpielami, elektryzacją, jednakże wszystkie te zabiegi pozostawały prawie zupełnie bez wpływu na przebieg choroby.

W lutym 1937 autor zastosował wstrzykiwania Betaxiny (witaminy B_1). Zastrzyki stosowano początkowo codziennie, a później co drugi dzień. Ogółem chora otrzymała 12 wstrzykiwań. Już po 3. zastrzyku stwierdzono wyraźną poprawę: napady występowały rzadziej i były krótsze. Po 12 zastrzykach chora miała najwyżej jeden krótki napad dziennie.

Po zaprzestaniu leczenia wstrzykiwaniami (doustne leczenie witaminą B_1 okazało się tu bezskuteczne) napady znowu powtarzały się trochę częściej i trwały dłużej. Z tego względu po 14-dniowej przerwie autor zastosował jeszcze 8 wstrzykiwań. Po ukończeniu tej kuracji nastąpiła znaczna poprawa. Napady występują tylko 1 lub 2 razy na tydzień i trwają bardzo krótko.

Pomimo że już od 2 miesięcy nie stosuje się żadnego leczenia, osiągnięta poprawa utrzymuje się bez zmiany.

Wpływ Betaxiny na akroparestezje i akrocjanozę był w tym przypadku bardzo wyraźny; przemawia to na korzyść poglądu, że przyczyną schorzenia były zmiany w układzie nerwowym.

Dr H. Wreschner, Berlin.
(Ther. Ber. 1937, Nr. 11)

Witamina B_1.

12. II.1937 zgłosił się do mnie po poradę lekarską pan W. H., lat 52. Narządy wewnętrzne bez zmian chorobowych. Mocz żadnych składników patologicznych nie zawiera. Na kiłę nie chorował. Główne skargi chorego: w nocy dokuczają mu dotkliwe bóle w prawym ramieniu, zupełnie uniemożliwiające sen. Bóle występują okresowo i promieniują do prawej połowy szyi, jak bóle zębów. W ciągu dnia bóle zmniejszają się. Zupełne zniesienie czucia na ręku. Chory jest zupełnie bezradny, gdyż nie może nawet zapiąć guzika prawą ręką. Również pisanie jest niemożliwe, gdyż chory nie jest w stanie utrzymać pióra. Znaczna wrażli-

wość uciskowa wielkich pni nerwowych na prawym ramieniu i w okolicy łokciowej.

Rozpoznanie: ciężkie zapalenie ramieniowego splotu nerwowego. Leczenie: początkowo stosowano środki przeciwneuralgiczne, na noc chory otrzymywał również morfinę. Pod wpływem tych leków chory spał lepiej, jednakże poza tym żadnej poprawy nie stwierdzono. Po odstawieniu narkotyków nocne bóle powracały w całej pełni. Wówczas zastosowano wstrzykiwania Betaxiny w dniach 22., 23., 25., 27. III. Poczynając od 27. III. wyraźna poprawa. Chory śpi spokojnie bez żadnych narkotyków. Bóle ustąpiły zupełnie, jednakże czucie w ramieniu jeszcze nie wróciło. Dalsze wstrzykiwania w dniach 31. III., 3., 7. IV. Czucie w ramieniu powraca. Pacjent może wreszcie znowu pisać. Chory otrzymał jeszcze 4 zastrzyki (10., 14., 19., 27. IV). Sprawa zakończyła się zupełnym wyleczeniem.

W przypadku rwy kulszowej 6 wstrzyknięć Betaxiny doprowadziło w krótkim czasie do ustąpienia dolegliwości.

Dr Mammen, Carolinensiel, Fryzja Wschodnia.

(Ther Ber. 1937, Nr. 12).

Prontosil w położnictwie.

Autor stosował Prontosil w 53 przypadkach gorączki połogowej lub poronień septycznych. 9 pacjentek zmarło (17,55%). W 30 przypadkach badanie bakteriologiczne wykryło obecność paciorkowców hemolitycznych. U 13 z tych chorych zakażenie ograniczyło się do krocza, pochwy lub macicy (żadna z tych pacjentek nie zmarła), u 7 pacjentek zakażenie przeszło na otrzewną miednicy (również i w tej grupie wszystkie pacjentki wyzdrowiały); w pozostałych 10 przypadkach wystąpiła posocznica lub rozlane zapalenie otrzewnej albo obie te sprawy jednocześnie. Z tej ostatniej grupy zmarło 6 pacjentek, czyli śmiertelność wynosiła 60%; w latach 1934 — 1936, gdy Prontosilu jeszcze nie stosowano, obserwowano 36 chorych dotkniętych tym ciężkim schorzeniem; śmiertelność była wówczas wyraźnie większa i wynosiła 86%.

W szeregu przypadków *Williams* podawał Prontosil w celach zapobiegawczych. Każda pacjentka otrzymywała ogółem 63 tabletki, co odpowiada 19 g. Tolerancja Prontosilu była dobra. Wymioty występowały rzadko; objawów podrażnienia nerek nie stwierdzono ani razu. Jedynym objawem niepożądanego działania ubocznego była przemijająca sinica, którą obserwowano w 16% przypadków. Gdyby zapobiegawcze działanie Prontosilu nie zawiodło pokładanych w nim nadziei, to Prontosil przedstawiałby w położnictwie największy postęp od czasu *Semmelweisa.*

Dr B. Williams, Liverpool.

(Lancet 1937, Nr. 5941

W sprawie stosowania Prontosilu u dzieci.

Autor leczy ropomocz u dzieci za pomocą doustnego podawania Prontosilu; dawka dla niemowląt wynosi 1½ do 3 tabletek dziennie, dzieci w wieku szkolnym otrzymują 4 tabletki. W niektórych przypadkach tabletki Prontosilu wywoływały biegunkę. W przypadkach róży, zwłaszcza u niemowląt stosowanie Prontosilu dawało znakomite wyniki lecznicze. Gorączka ustępowała po 2 — 3 dniach, objawy skórne — po 5 — 6 dniach. W 2 przypadkach nastąpiły nawroty wskutek zbyt wczesnego odstawienia Prontosilu. U dwojga dzieci i jednego niemowlęcia zastosowanie Prontosilu pozwoliło na uniknięcie operacji związanej z ropnym zapaleniem opłucnej. W 50 przy-

padkach ropomoczu u dzieci Prontosil sprowadził szybką poprawę, po 14 dniach mocz był już jałowy. Dostatecznie długie podawanie Prontosilu skutecznie chroni przed nawrotami. Również i przewlekłe przypadki ropomoczu wywołane zakażeniem lasecznikami okrężnicy lub gronkowcami reagowały pomyślnie na Prontosil. 4 przypadki odporne dotyczyły 3 chłopców dotkniętych kamicą nerkową i 1 dziewczynki; mocz tych dzieci zawierał liczne laseczniki okrężnicy; po początkowej poprawie i wyjałowieniu moczu nastąpił po kilku tygodniach nawrót choroby. W 7 przypadkach pęcherzycy noworodków Prontosil znacznie złagodził i skrócił przebieg choroby. Niepewne było działanie Prontosilu w płonicy i meningokokowym zapaleniu opon mózgowych. W meningokokowym zapaleniu opon mózgowych poprawa okazała się jedynie przemijająca, w posocznicy paciorkowcowej leczenie Prontosilem pozostawało bez wyraźniejszego wpływu na przebieg choroby. Prontosil podawano w postaci tabletek; wstrzykiwania domięśniowe stosowano jedynie wyjątkowo.

Dr Unshelm, Klinika Pediatryczna w Rostocku.

(Arch. Kinderheilk. 1937, tom 110, Med. Welt. 1937, Nr. 19)

Prontosil.

Autor stosował Prontosil z pomyślnymi wynikami w najróżnorodniejszych chorobach zakaźnych (zapalenie pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych, angina, gorączkowy nieżyt tchawicy, zapalenie płuc, choroba gruczołowa). Jako przykład nadzwyczaj skutecznego leczniczego działania Prontosilu autor przytacza następującą historię choroby:

Chory P. G. Od maja 1936 co 8—10 dni okresowe stany gorączkowe, które trwały początkowo 1 dzień, następnie 2 dni a wreszcie nawet do 6 dni. Gorączka podnosiła się początkowo tylko do 38°, a później dochodziła nawet do 39,6°. Podczas gorączki chory skarżył się na następujące dolegliwości: poty nocne, osłabienie, uczucie ciężaru w żołądku, uporczywe odbijania, szum w głowie, bóle głowy i gardła. Stan ogólny pacjenta w okresie gorączkowym pogarszał się bardzo. W miarę coraz dłuższego trwania choroby zdolność chorego do pracy stale się zmniejszała. Wreszcie w październiku 1936 pacjent nie mógł już wcale pracować. 7. listopada chorego skierowano do szpitala z rozpoznaniem „przewlekłej grypy". 12.XII.36. po wypisaniu ze szpitala stwierdzono bezsoczność żołądkową. 18.I.37 chory ponownie zapisuje się do szpitala. 25.II. — wyłuszczenie migdałów. Chorego zbadano w szpitalu bardzo dokładnie, jednakże wszystkie te badania bakteriologiczne i serologiczne (krwi, kału, moczu) dały wyniki ujemne. Najróżnorodniejsze środki lecznicze pozostawały bez wyraźniejszego wpływu na przebieg choroby. Od 14.II. chory przyjmował w ciągu tygodnia 3 razy dziennie po 1 tabletce Prontosilu. Stan pacjenta pozostawał jednak bez zmiany. Należy jeszcze zaznaczyć, że po dokonaniu w dniu 25.II. tonsillektomii gorączka nie przekraczała już 38°.

W czasie obserwacji chorego przez autora pacjent miał jeszcze 2 napady gorączkowe trwające 5 — 6 dni z gorączką 38°. Oprócz wszystkich powyżej wyliczonych dolegliwości autor stwierdził jeszcze obrzmienie gruczołu po lewej stronie szyi; gruczoł wielkości śliwki, był bardzo wrażliwy na ucisk. Chory przyjmował ponownie przez pewien czas Prontosil w dawce 3 razy dziennie po 1 tabletce. Wobec bezskuteczności tego leczenia autor postanowił zastosować „uderzenie prontosilowe", które polegało na podawaniu 3 razy dziennie po 2 tabletki oraz na wstrzykiwaniach domięśniowych 3×5 cm^3 Prontosilu solubile. Od tego czasu gorączka już się więcej nie podniosła, samopoczucie chorego jest doskonałe, waga ciała zwiększyła się o 4,5 kg.

Badanie opadania krwinek czerwonych metodą Westergreena:
20.I. — 41/72. 18.II. — 76/112. 12.III. — 51/54. 10.V. — 18/28.

Dr H. Metzker, Bad Charlottenbrunn.

(Ther Ber. 1938, Nr. 1)

Zapalenie wyrostka sutkowego po grypie.

Autorzy opisują historię choroby 5½-letniej dziewczynki, u której w przebiegu grypy wystąpiły bóle uszu, sztywność karku i zaczerwienienie błony bębenkowej. Paracenteza nie wykazała ropy lecz tylko krew. Płyn mózgowordzeniowy zawierał natomiast ropę (8860 leukocytów) oraz laseczniki grypy *Pfeiffera.* Paracenteza *Schwartza,* nakłucie lędźwiowe i t. d. nie mogły zahamować dalszego postępowania niebezpiecznego zakażenia, tak że wreszcie trzeba było dokonać otwarcia zatoki bocznej, która była wypełniona ropą. Stałe doustne podawanie Prontosilu album powstrzymało wreszcie dalsze szerzenie się infekcji i poprawiło stan ogólny dziecka do tego stopnia, że można już było wykonać operację wyrostka sutkowego. Wszystkie objawy oponowe ustąpiły i sprawa zakończyła się zupełnym wyleczeniem.

Dr Ch. Carroll i *dr G. M. Willoughby,*
Devon and Exeter.
(Brit. med. Jl. 1937, Nr. 3995)

Zwiększenie się częstości cukrzycy.

Według niemieckich statystyk porównawczych częstość cukrzycy w ostatnich dziesiątkach lat zwiększyła się znacznie. W Prusach w latach 1881 — 1885 na 500.000 ludzi przypadało 15 przypadków śmierci z powodu cukrzycy; obecnie śmiertelność na cukrzycę jest 10 razy większa. W innych państwach stwierdzono takie same przerażające zwiększenie się ilości przypadków cukrzycy. Niektórzy autorzy uważają, że to coraz częstsze występowanie cukrzycy związane jest z nadmiarem cukru w pożywieniu, który nadmiernie obciąża czynność wewnętrznego wydzielania trzustki i przyczynia się w ten sposób do powstawania cukrzycy. Już statystycznie można jednak wykazać, że spożywanie cukru i zwiększanie się częstości cukrzycy nie wykazują równoległości. Japonia, kraj, którego ludność spożywa stosunkowo największą ilość węglowodanów, posiada jedynie niewielką ilość chorych na cukrzycę. Obfitość węglowodanów w pożywieniu nie jest więc przyczyną zwiększania się częstości cukrzycy. Znacznie większe znaczenie ma tu niewątpliwie raczej nadmiar tłuszczu, który przy zbyt małej ilości cukru w pożywieniu wywołuje zaburzenia w przyswajaniu węglowodanów. Wskazane jest wobec tego ograniczenie ilości tłuszczu do 14 g dziennie i zwiększenie dobowego spożywania cukru do 606 g. Pogląd powyższy jest obecnie uznawany przez wielu autorów. *Holz* (Münch. med. Wschr. 1932, Nr. 30) pisze: „Na podstawie licznych badań doświadczalnych na zwierzętach oraz obserwacyj klinicznych stwierdzono z całą pewnością, że przyswajanie węglowodanów w ustroju jest tym gorsze im mniej węglowodanów ustrój otrzymuje. Okoliczność ta wymaga przeprowadzenia zasadniczej zmiany w sposobie odżywiania diabetyków: ograniczenia tłuszczów na korzyść węglowodanów". — Według panującego obecnie poglądu uważa się, że niedobór cukru, będącego naturalnym bodźcem pobudzającym czynność trzustki, prowadzi do zaniku wytwarzania insuliny. Od czego jednak zależy powszechne zwiększanie się ilości przypadków cukrzycy, pozostaje nadal niewyjaśnione.

Dr Inaba i in.
(Wien. Klin. Woch. 1937, Nr. 25)

Leczenie pryszczycy.

M. N. G., rolnik, lat 59. Od 4 miesięcy pryszczyca twarzy, głowy i obu rąk. Lecze-

nie: wstrzykiwania Torantilu. Po 2. wstrzyknięciu — znaczna poprawa, po 4. wstrzyknięciu — zupełne ustąpienie wszystkich objawów chorobowych.

Chora D. T., gospodyni, lat 30. Od 3 tygodni pryszczyca na obu rękach. Po 3 tygodniach bezskutecznego leczenia zastosowano domięśniowe wstrzykiwania Torantilu co drugi dzień. Ogółem chora otrzymała 6 zastrzyków. Po 2. wstrzyknięciu — wyraźna poprawa, po 6 zastrzykach zupełne wyleczenie.

Dr E. Kipper, Frasin na Bukowinie (Rumunia).

(Rev. de Prog. Ther. 1937, Nr. 11)

Leczenie Rhinitis allergica (vasomotoria).

Alergiczny nieżyt nosa wywołany przez alergeny pokarmowe najlepiej reaguje na działanie lecznicze Torantilu. Przyczyną napadu alergicznego są przeważnie jady powstające w kiszkach podczas trawienia. Otóż czynnik przeciwalergiczny, otrzymany z błony śluzowej kiszek, zobojętnia i unieszkodliwia jady kiszkowe. Początkowo stosuje się 3 drażetki dziennie a następnie przy dobrej tolerancji zwiększa się dawkę do 5 drażetek. Ogółem należy zastosować około 40 drażetek, po czym zarządza się przerwę. W szeregu przypadków naczynioruchowego alergicznego nieżytu nosa autor osiągnął za pomocą Torantilu znakomite wyniki lecznicze.

Dr C. R. Griebel, Klinika chorób uszu, gardła i nosa w Frankfurcie n. M.

(Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung 1937, Nr. XI)

Objawy starzenia się krwi i gruczołów wewnętrznego wydzielania.

Dawniej uważano, że występowanie niedokrwistości złośliwej w starszym wieku należy do rzadkości. Obecnie przekonaliśmy się, że cierpienie to występuje stosunkowo często również u starców. Zwłaszcza wrażenie bolesności koniuszka języka, senność, osłabienie i niepewność chodu powinny nasuwać uzasadnione podejrzenie anemii złośliwej. Autor uważa, że w każdym podejrzanym przypadku tego rodzaju należy bezwarunkowo jaknajwcześniej przeprowadzić morfologiczne badanie krwi. Ze względu na możliwość skutecznego leczenia preparatami wątrobowymi właściwe rozpoznanie ma tu szczególnie duże znaczenie praktyczne. Doskonałe wyniki daje zwłaszcza leczenie Campolonem, przeprowadzone metodą wytwarzania w ustroju zapasu (depot) preparatu wątrobowego. Wstrzykuje się po 5 cm^3 w każdy pośladek (czyli jednorazowo 10 cm^3) co 8 dni. Zaburzenia nerwowe, występujące zwłaszcza w kończynach dolnych jako objawy myelozy powrózkowej, stanowiącej najcięższe powikłanie anemii złośliwej, reagują czasem pomyślnie na leczenie witaminą B_1.

Dr Weber, Berlin.

(Z. ärztl. Forth 1937, Nr. 7)

W sprawie leczenia astmy oskrzelowej.

Autor leczył 3 astmatyków i jednego chorego cierpiącego na gorączkę sienną za pomocą Campolonu i Voganu. Wyniki były nadzwyczaj pomyślne.

Pierwszy chory cierpiał na dychawicę oskrzelową już od kilku lat. Leczył się u wielu lekarzy lecz wszystkie stosowane zabiegi i środki pozostawały zupełnie bez wpływu na przebieg choroby. Chory zgłosił się do autora w stanie ciężkiego napadu astmatycznego. Dla opanowania duszności zastosowano codzienne podskórne wstrzykiwania Ephedriny w połączeniu z preparatem atropinowym. Po 10 dniach tej kuracji choremu wstrzykiwano 2 razy tygodniowo po 5 cm^3 Campolonu. Ogółem chory otrzymał 4 wstrzyknięcia. Ponadto przyjmował po 5 kropel Voganu dziennie (ogółem zużył 5,0 cm^3 tego preparatu). Chory czuje się obecnie doskonale i od dłuższego czasu nie miał już ani jednego napadu.

Druga pacjentka również cierpiała już od wielu lat na bardzo ciężką astmę oskrzelową. Napady powtarzały się często i były niezwykle uporczywe. W ciągu pierwszych 10 dni leczenia chora otrzymywała codziennie Ephedrinę, a wieczorem atropinę z kofeiną. Następnie autor zostosował domięśniowe wstrzykiwania Campolonu. Ogółem chora otrzymała 5 zastrzyków po 2 cm^3

oraz 5,0 cm^3 Voganu (po 5 kropel dziennie). Już podczas leczenie chora odczuwała znaczną ulgę, po zakończeniu zaś kuracji wszelkie zaburzenia ustąpiły zupełnie.

Trzeci pacjent cierpiał na katar sienny. Autor zastosował u niego następujące leczenie: w ciągu 5 dni codziennie po 2 cm^3 Campolonu domięśniowo, ponadto doustnie 5 kropel Voganu dziennie aż do zażycia dawki 5,0 cm^3. Po krótkim czasie zupełne wyleczenie.

Dr W. Frégonneau, Tanga, Afryka Wschodnia.

(Ther. Ber. 1938, Nr. 2)

Czy monety, banknoty i słuchawki telefoniczne mogą być przenosicielami chorób.

L. Lange wykazał w swych badaniach wykonanych w Zakładzie Roberta Kocha w Berlinie (Reichsgesundheitsblatt 1936 nr. 42, str. 794), że zarazki chorobotwórcze mogą się znajdować na monetach, banknotach i słuchawkach telefonicznych. Teoretycznie istnieje więc możliwość szerzenia się zarazków chorobotwórczych tą właśnie drogą, w praktyce jednak niebezpieczeństwo to jest bardzo małe, gdyż tylko bakterie znajdujące się na pieniądzach papierowych mogą się przenosić przez powietrze. Drobnoustroje znajdujące się na metalu i drzewie mogą przenosić się ze swego podłoża jedynie przez dotknięcie i to zaledwie w bardzo nieznacznej ilości. Zarazki chorobotwórcze, przedostające się ze źródła zakażenia na wyżej wymienione przedmioty, giną stopniowo pod wpływem wysychania i działania światła; na monetach zarazki giną również pod wpływem bakteriobójczego działania metalu (działanie oligodynamiczne); w razie przeniknięcia zarazków na ręce, drobnoustroje padają ofiarą przeciwbakteryjnego działania skóry (kwaśny odczyn powierzchownych warstw skóry). W praktyce więc możliwość szerzenia się chorób zakaźnych przez pieniądze i słuchawki telefoniczne odgrywa w porównaniu z innymi drogami chorób zakaźnych jedynie bardzo podrzędną rolę. Szczególne środki ostrożności są wskazane jedynie w wyjątkowych wypadkach.

Prof. Dr B. Lange, Zakład R. Kocha w Berlinie.

(Ztschr. f. ärztl. Eortbild. 1937, Nr. 2)

Redaktor
Mgr Stefan Sabiniewicz

Wydawca:
**Dom Handlowy „REMEDIA"
E. Fulde i S-ka**

Warszawa, ul. Złota nr 7. Skrzynka pocztowa nr 748.
Cena prenumeraty rocznej zł 6, półrocznej zł 3.
Odbito w drukarni Galewski i Dau, Warszawa, ul. Ordynacka 6.